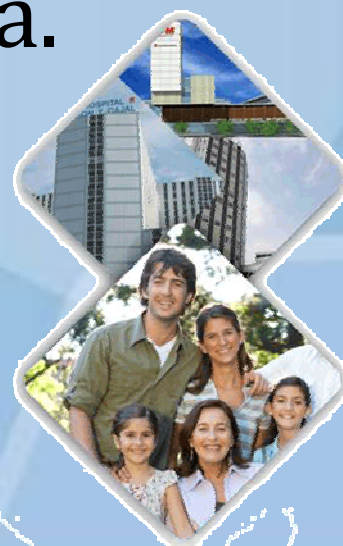


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. Planificación estratégica.



COMISION CONSULTIVA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (2010- 2011)



Servicio Madrileño de Salud

Oficina Regional
de Coordinación de Salud Mental

 **Comunidad de Madrid**

AGRADECIMIENTOS

A la PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL, por ser el motivo y la razón de todos nuestros desvelos, de nuestros planes y en definitiva, de nuestros CUIDADOS.

A LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS que trabajan en salud mental de la Comunidad de Madrid, porque gracias a sus inquietudes, su afán de superación y su trabajo, se ha elaborado este manual.

A La OFICINA REGIONAL DE COORDINACION DE SALUD MENTAL, por hacer posible el lugar de encuentro para la elaboración de los trabajos que a continuación se exponen.

Al Dr. Guillermo Petersen Guitarte, Coordinador de la Oficina Regional de Salud Mental, por impulsar el Proyecto de Enfermería de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Al Dr. Carlos Mur de Viú, por creer en la Enfermería, ser un facilitador del trabajo de salud mental de Madrid y ser un excelente profesional y persona.

A LOS RESPONSABLES DE ENFERMERIA de los Centros de Salud Mental que, mes tras mes, han acudido a la Oficina Regional de Coordinación, para ayudar en la investigación, jornadas y diferentes trabajos realizados en estos 2 años.

A LOS SUPERVISORES DE ENFERMERIA de las Unidades de Hospitalización de Salud mental, que han sido colaboradores y facilitadores de los protocolos y planes de cuidados. Ellos han apoyado y puesto en práctica muchos de los procedimientos que se describen a continuación. Concha Mayor, Dolores Isaac, Sagrario García, Olga San Martín, Enrique Fraguas, Juan Vega, José Manuel García, a todos ellos muchas gracias por el apoyo incondicional y voluntario.

AUTORES

COORDINACION

DÑA. PILAR CAMINERO LUNA.

DÑA. CARMEN CASTELO SARDINA.

COMISION CONSULTIVA DE CUIDADOS DE LA OFICINA REGIONAL DE COORDINACION DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

DÑA. GRACIA KATIA CAÑIZARES POZO. CSM. Retiro

DÑA. MARIA LUISA GONZALEZ PEREZ. CSM Collado Villalba

DÑA. MARIA LUISA LUNA NAVARRO. CSM Fuenlabrada

DÑA. JULIA MERCHAN NUÑEZ. CSM Aranjuez.

DÑA. MONICA MORAN RODRIGO. CSM Vallecas Villa.

DÑA. ARACELI ROSIQUE ROBLES. CSM. Torrejón de Ardoz

DÑA. ISABEL SAHUQUILLO CORDOBA. CSM. Coslada.

D. JULIAN SANCHEZ ROLDAN. CSM Alcalá de Henares

DÑA. ANA BARRAGAN TAMAYO. CSM. Majadahonda

DÑA. PILAR ROJAS MARCOS. CSM Tetuán

DÑA. EULALIA ARAUJO CALVO. CSM. Salamanca

DÑA. MERCEDES GARCIA ALVAREZ. CSM Usera

GRUPO DE MEJORA PARA LA ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION DE SALUD MENTAL

D. OSCAR PAJARES GONZALEZ- GALLEGO. Hospital U. Fuenlabrada.

DÑA. GEMA RUBIA RUIZ. Hospital Infanta Leonor.

D. JESUS OLEA FERRERAS. Hospital Infanta Cristina

D. ESTEBAN DEL POZO GARCIA. Hospital Dr. R. Lafora

D. ROBERTO IZQUIERDO GARCIA. Centro San Juan de Dios

COLABORADORES REPRESENTANTES DE ENFERMERIA DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL EN LA OFICINA REGIONAL:

DÑA. EVA ALMAZAN GARCIA. CSM. Leganés

DÑA. ROSARIO POVEDA DE AGUSTIN. CSM. San Blas

DÑA. MERCEDES BARRENA ORTEGA. CSM Móstoles

DÑA. PILAR GARCIA RAMIREZ. CSM Carabanchel

D. JUAN JOSE PORTOLES RADIU. CSM Vallecas Villa

REVISOR

D. PABLO PLAZA ZAMORA

INDICE

PRESENTACION	6
CAPITULO I. ENFERMERIA DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID	8
1. MISIÓN Y VISIÓN	9
2. ANALISIS DE LA SITUACION. EVALUACION ESTRATÉGICA	10
2.1 Contexto Histórico	10
2.2 Análisis externo. Recursos	16
2.3 Análisis externo: Coordinación asistencial de Enfermería	22
2.4 Manual de funcionamiento en los CSMs (Guía de Enfermería)	27
2.5 Evaluación estratégica de la situación de la Enfermería. Análisis DAFO	29
3. PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERIA EN EL PLAN ESTRATEGICO	32
3.1. Competencias y Funciones de la enfermera de Salud Mental	33
3.2. Cartera de servicios	35
3.3. Líneas estratégicas en el área de enfermería de salud mental.	39
3.4. Objetivos estratégicos	39
3.5. Planes de acción de las líneas estratégicas	40
4. GESTIÓN POR PROCESOS. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	41
4.1. Necesidades más frecuentes en los pacientes psiquiátricos	41
4.2. El proceso de atención de enfermería	42
4.3. Procesos de enfermería según su actividad: procesos claves y subprocesos operativos	44
4.3.1 Proceso clave: Consulta de Enfermería:	44
4.3.2. Proceso clave: Atención domiciliaria	46
4.3.3. Proceso clave: Programas de intervención comunitaria:	47
4.4. Evaluación del servicio enfermero	48
4.5. Sistemas de información como soporte a la gestión clínica: tecnología	48
CAPITULO II:MANUAL PARA EL DESARROLLO Y REGISTROS DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS. CATALOGO DE INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL	50
5. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.	51
5.1. Proceso de enfermeria de salud mental	53
5.2. Valoración funcional de Enfermería de Salud Mental Comunitaria	55
6. DIAGNÓSTICOS NANDA II según DOMINIOS / VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON EN SALUD MENTAL	59
DOMINIO 1 Promoción de la Salud	64

DOMINIO 2: Nutrición _____	69
DOMINIO 3: Eliminación _____	74
DOMINIO 4: Actividad/ reposo _____	85
DOMINIO 5: Percepcion/ cognicion _____	99
DOMINIO 6: Autopercepcion _____	114
DOMINIO 7: Rol/ Relaciones _____	123
DOMINIO 8: Sexualidad _____	128
DOMINIO 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés _____	135
DOMINIO 10: Principios vitales _____	154
DOMINIO 11: Seguridad/Proteccion _____	164
DOMINIO 12: Confort _____	170
DOMINIO 13: Crecimiento y desarrollo _____	181
7. PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN SALUD MENTAL Y PROTOCOLOS GENERALES DE ACTUACION _____	191
7.1. Trastorno de la Conducta alimentaria (TCA) _____	192
7.2. Esquizofrenia/ trastornos delirantes _____	201
7.3. Trastorno bipolar fase maniaca _____	214
7.4. Trastornos depresivos _____	221
7.5. Trastorno de personalidad (T.P.) _____	227
7. 6. Consumo de toxicos y alcoholismo _____	239
8. PROTOCOLOS ESPECÍFICOS DE ACTUACIÓN EN ENFERMERIA DE SALUD MENTAL _____	246
8.1. Protocolo para el manejo de efectos secundarios producidos por psicofármacos _____	247
8.1. Protocolo de actuacion en pacientes agresivos _____	252
8.3. Guía de actuacion en el tratamiento Depot _____	255
8.4. Guía de actuación en el tratamiento con clozapina (Leponex) _____	257
8.5. Guía de actuación en el tratamiento con litio. _____	260
8.6. Guía de actuación en el tratamiento con ácido valproico. _____	263
9. BIBLIOGRAFIA _____	266

PRESENTACION

Con motivo de la puesta en marcha del Plan Estratégico de Salud Mental 2010- 2014, de la Comunidad de Madrid y acorde a sus lineamientos principales, se ha considerado importante la consolidación del proyecto de Enfermería de Salud Mental Comunitaria a través de la elaboración del presente documento.

Como inicio del Proyecto de Enfermería se crearon las Comisiones Consultivas de Gestión y de Cuidados de Enfermería, integradas por profesionales de enfermería especialistas en Salud Mental con experiencia asistencial en los distintos recursos psiquiátricos comunitarios, así como experiencia en formación universitaria de enfermería, y en planificación y gestión de servicios enfermeros en los CSMs¹.

Desde marzo de 2010 hasta diciembre del 2011 se han desarrollado sesiones de trabajo, presenciales y comunicación informática entre los grupos de trabajo, que con el método de consenso, estudio de textos y experiencias, dan origen a este trabajo, lo que supone el punto de partida para mejorar la calidad, aumentar la eficacia de nuestras acciones y homogeneizar las prácticas profesionales enfermeras en Salud Mental.

Se ha partido del análisis de la situación de la enfermería de salud mental y de la situación de los Centros asistenciales donde acuden ambulatoriamente las personas con enfermedad Mental.

Se ha tenido en cuenta el conocimiento de las necesidades más comunes de las personas con problemas de salud mental y cómo identificarlas; el eje central de la actividad es el paciente y familia que recibirán los servicios necesarios de atención y cuidados, según sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales definidas mediante una valoración/evaluación profesional, integral e interdisciplinar y científica. En el presente documento se ofrecen pautas de actuación: Protocolos, Planes de Cuidados y Técnicas con criterios de resultado y su medida en términos de estandarización. Planes de Cuidados Integrados para garantizar la continuidad de cuidados. También se introduce la necesidad de homogeneizar la documentación enfermera: Protocolos de actuación general. Planes de Cuidados y Programas específicos de enfermería.

Todo esto añadiendo a la praxis por planes de cuidados la visión de la gestión clínica, incorporando su cultura a la práctica asistencial. La gestión se comprende como una actividad social basada fundamentalmente en el conocimiento humano y la realidad circulante. Las fuentes de conocimiento humano son la experiencia y la razón. Para conocer la realidad circulante es obligada la aplicación de la Teoría General de Sistemas como una corriente de pensamiento y de investigación teórica aplicada al contexto profesional. La gestión estratégica por procesos asegura una mayor efectividad y sustenta el continuum asistencial entre los niveles hospitalarios, centros de salud y en los casos necesarios centros sociosanitarios.

¹ CSM: Centro de Salud Mental

Todos estos elementos expuestos van a favorecer la investigación sistemática, la mejora de la calidad y la continuidad en el proceso asistencial.

Este Proyecto también pretende servir como marco de referencia a los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud Mental y a los alumnos en periodo de formación, adaptándolo a las peculiaridades de cada recurso.

El presente documento pretende:

- ✓ Mejorar la calidad asistencial de las actuaciones enfermeras de Salud Mental.
- ✓ Aumentar la eficacia de nuestras acciones.
- ✓ Consolidar la organización y el trabajo de Enfermería de Salud mental de la Comunidad de Madrid.
- ✓ Homogeneizar las prácticas profesionales en Salud Mental
- ✓ Añadir a la praxis visión de Gestión Clínica incorporando su cultura a la práctica asistencial
- ✓ Servir como marco de referencia a los trabajadores y alumnos de enfermería de la Red
- ✓ Proponer una Cartera de Servicios y el Manual de Procedimientos con procedimientos de valoración, Planes de Cuidados individualizados y estandarizados, Protocolos Generales de Actuación en Salud Mental y Técnicas, con criterios de resultado y su medida en términos de estandarización. También Planes estandarizados integrados enfermeros (PCEI) que sustentan el continuo asistencial entre niveles: Hospital, Centros de Salud y Recursos Sociosanitarios.

CAPITULO I:

**ENFERMERIA DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE
MADRID**

1. MISIÓN Y VISIÓN

MISION

Desde el Área de Enfermería de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental la misión es coordinar y asesorar los servicios que prestan los profesionales de Enfermería de Salud Mental, entendidos éstos como acciones intencionadas para que se pueda mantener la vida, la salud y el bienestar, consiguiendo niveles óptimos de satisfacción en los ciudadanos, basándonos en la evidencia científica disponible y respetando los principios de universalidad, equidad y accesibilidad.

La enfermería de Salud Mental es una profesión sanitaria especializada en la prestación de cuidados al paciente con enfermedad mental.

La misión específica de la enfermera especialista es proporcionar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia, garantizando su participación, autonomía y dignidad, así como el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Esta prestación de cuidados se realiza valorando el estado de salud o enfermedad - diagnóstico enfermero-, basando las intervenciones en principios científicos y éticos - cuidados-, apoyándose en los recursos tecnológicos más adecuados y orientándola hacia la máxima calidad asistencial.

El enfermero en Salud Mental tiene como competencia la dirección, evaluación y prestación de cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la Salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades en el área de la Salud Mental². Para ello, desarrollará las funciones asistenciales, docentes, de investigación y de gestión³

VISION

La visión estará siempre orientada al Paciente, encaminando las líneas estratégicas a la mejora de la calidad de los cuidados de Enfermería, mediante un abordaje profesional, humanitario y ético, fomentando el trabajo en equipo y con un enfoque basado en Procesos introduciendo el pensamiento crítico al servicio del cuidado.

QUEREMOS Prestar cuidados científicos basados en la evidencia, desarrollando un campo de los cuidados independientes o autónomos. Queremos participar en la planificación sanitaria a todos los niveles, consiguiendo más prestigio social y reconocimiento profesional.

LOS VALORES que conforman la visión son:

- La persona con enfermedad mental es el centro de nuestra toma de decisiones. Nos interesa él, su familia, su satisfacción y su bienestar.

² Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE 22/11/03.

³ Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

- Visión holística e integrada, orientada al respeto y la autonomía de la persona favoreciendo el proceso de desarrollo humano individual y colectivo.
- Empatía, respeto, HUMANIDAD, conocimiento y metodología científico- técnico, comunicación, esfuerzo, educación para la salud, equidad, profesionalidad.
- La participación de los profesionales es la base de los proyectos de mejora de los cuidados

LINEAS ESTRATEGIAS:

- Mejora de la coordinación e integración de niveles asistenciales.
- Asegurar la continuidad de los cuidados: protocolos y procedimientos comunes entre atención especializada y primaria.
- Colaboración en la mejora de los sistemas de información.
- Normalización y estandarización de la práctica asistencial para disminuir la variabilidad de los cuidados y mejorar la gestión de los mismos.
- Implantación de planes de cuidados estandarizados y protocolos, y la revisión y actualización de procedimientos.
- Iniciar la cultura de Gestión por Procesos.
- Humanización de la Asistencia.
- Participar en la planificación sanitaria a todos los niveles.
- Aumentar prestigio social y reconocimiento profesional.
- Prestar cuidados científicos basados en la evidencia.
- Introducir el pensamiento crítico al servicio del cuidado.

2. ANALISIS DE LA SITUACION. EVALUACION ESTRATÉGICA

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

La Red de Servicios de Salud Mental presta atención especializada a la población de la Comunidad de Madrid con arreglo a la zonificación sanitaria general lo que posibilita una mayor accesibilidad a los servicios y una garantía en la continuidad de los cuidados sanitarios y sociosanitarios a lo largo de todo el proceso de enfermedad.⁴

La entrada de los pacientes en el circuito asistencial se produce normalmente a través del nivel de Atención Primaria, exceptuando determinadas situaciones de crisis.

Los dispositivos asistenciales de psiquiatría y salud mental están estructurados en dos niveles:

⁴ Plan regional de Salud Mental 2010- 2014

- *AREA SANITARIA:*

Cada área sanitaria consta de:

- ☞ Centros de Salud Mental.
- ☞ Unidades de Hospitalización Breve de Adultos.
- ☞ Hospital de Día de Adultos.
- ☞ Urgencias psiquiátricas.

- *VARIAS ÁREAS SANITARIAS O DE REFERENCIA REGIONAL:*

Son considerados como referencias:

- ☞ Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación.
- ☞ Unidades hospitalarias residenciales de Cuidados Prolongados.
- ☞ Unidades especiales de hospitalización (parcial o completa) para: Adicciones, Trastornos de la Personalidad graves, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Infancia y adolescencia.
- ☞ Unidades ambulatorias de referencia: Discapacidad intelectual, Enfermos mentales sin hogar, Sordera y Salud Mental, Programa Atiende - Menores en riesgo psíquico, Clínicas TCA⁵.

Los recursos sanitarios de Salud Mental se coordina a su vez, tanto con la red de recursos de Rehabilitación y Residenciales de Atención Social al Enfermo Mental Grave y crónico de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales a través de los Programas de Continuidad de Cuidados como con los recursos específicos para el tratamiento de los trastornos adictivos de la Agencia Antidroga y del Ayuntamiento de Madrid.

PERSPECTIVA HISTORICA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN MADRID Y LA ENFERMERIA

El desarrollo de la atención de salud mental en la Comunidad de Madrid, comienza su andadura hace tiempo. Con respecto a la enfermería especialista en Salud Mental existen datos desde el 1932 que el consejo superior psiquiátrico publica en la GACETA DE MADRID una orden por la que se crea la figura del enfermero psiquiátrico. El decreto se publica en 1953 (BOE 29 de Diciembre)

En el 1970 se crea la ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA EN EL DECRETO 3193/1970, DEL 22 DE OCTUBRE (La formación duraba 2 cursos con programa formativo y practicas asistenciales)

A finales de 1981 es cuando se inician los cambios de mayor impacto en la atención psiquiátrica y de salud mental contemporánea de Madrid: la Diputación de Madrid crea el Instituto de la Salud Mental (INSAM) con las funciones de coordinación, gestión y

⁵ TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

planificación de los servicios psiquiátricos de la provincia, lo que supuso dentro del panorama general de la asistencia psiquiátrica un importante cambio.

La obtención del título de Enfermero especialista se regula en el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio.

En 1988, la Comunidad de Madrid inicia la suscripción de dos convenios interinstitucionales, dentro del intento de integración de los recursos de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental en el ámbito de la Comunidad de Madrid: Convenio entre el Ayuntamiento y la Comunidad de Madrid,- Convenio entre el Insalud y la Comunidad de Madrid. El desarrollo de estos Convenios conlleva a partir de 1988, la constitución del comité de enlace y seguimiento para los programas de salud mental.

El desarrollo del Plan de Acciones en Salud Mental 1989 – 1991, que basa sus intervenciones en 6 principios fundamentales:

1. Los Servicios de Salud Mental son considerados como Atención Especializada.
2. Cada Área Sanitaria tendrá identificados todos los recursos necesarios para la atención a la salud mental.
3. La asistencia psiquiátrica se integra dentro del ámbito de la asistencia sanitaria general.
4. Las Unidades de Hospitalización breve se ubicarán en los Hospitales Generales.
5. Transformación de los Hospitales Psiquiátricos generando y/o potenciando las actividades rehabilitadoras.
6. Desarrollo de sistemas adecuados de educación sanitaria de la población.

En un intento de optimizar los esfuerzos implicados y alcanzar mayores niveles de eficiencia, el Plan de Acciones en Salud Mental 1989 – 1991 estructura las actuaciones de los Servicios de Salud Mental en Programas evaluables, que centran su esfuerzo en la consecución de una actuación pública comunitaria.

Entre el 1987 y 1998 la enfermería de salud mental no tiene posibilidad de acceso a especialidad.

En 1997, se ratifica un nuevo Convenio único de colaboración interinstitucional entre la Comunidad Autónoma de Madrid, el Insalud y el Ayuntamiento de Madrid, que busca una simplificación y mayor integración de los dispositivos asistenciales de Salud Mental y Atención Psiquiátrica.

A lo largo de 1998, la publicación del Decreto 4/19984 que define la estructura del Servicio Regional de Salud (SRS) de la Comunidad Autónoma de Madrid, crea el Departamento de Salud Mental, dependiente de la Gerencia del Servicio Regional de Salud, cuyas competencias se centrarían en la coordinación, planificación y gestión de los recursos de Salud Mental, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y en coordinación con éstos.

Es en este año 1998 donde se convocan ya plazas para enfermeros residentes vinculada a 1 año de duración

El desarrollo de un esquema funcional operativo de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, que sitúa como unidad para el desarrollo del modelo el Área Sanitaria, a su vez conformada de Distritos Sanitarios.

CONFIGURACIÓN EN DICIEMBRE 2001 DE LA RED INTEGRADA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y DE SALUD MENTAL DE MADRID



La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, 21 Noviembre) describe puntualmente el protagonismo que realizara la Enfermería en los cuidados de los pacientes: “Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”⁶.

El 24/4 del 2005 se realiza un nuevo Decreto sobre Especialidades de Enfermería donde se Plantea la VINCULACIÓN del Título a las competencias y al PUESTO DE TRABAJO y un Modelo de formación: RESIDENCIA, a tiempo completo. En este caso la Enfermero interno Residente (EIR) de salud mental pasará un sistema de residencia en unidades docentes acreditadas formalizando un contrato de trabajo con una dedicación a tiempo completo

Este nuevo paso para la especialidad de Enfermería de salud mental supondrá unas consecuencias importantes:

- Reconocimiento oficial a la experiencia, formación y curriculum acumulado
- Reconocimiento retributivo
- Mayor identificación con el puesto de trabajo

⁶ LOPS, artículo 7.2

- La dedicación a un área específica supone una motivación añadida
- Se pone en marcha otra “cultura profesional”
- La especialización mejora la calidad de los cuidados. Profundización en conocimientos específicos
- La población atendida estará más satisfecha y se creará en ella menor ansiedad
- Se disminuirá la “polivalencia”

El Consejo Internacional de Enfermeras considera que “La Enfermera Especialista es una enfermera con un nivel de preparación superior al de una enfermera generalista y autorizada a practicar como especialista con amplia experiencia en una rama de la enfermería”⁷

En el REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales⁸ que se estructurarán en tres ciclos, denominados respectivamente Grado, Máster y Doctorado. La Enfermería estará ubicada entre los títulos de especialistas en ciencias de la salud

En el 2008 se inauguran los servicios de psiquiatría en los hospitales generales.

ESTIMACION DE PROFESIONALES POR HABITANTES (PLAN 2004- 2008):

PSIQUIATRAS PARA ATENCION DE ADULTO	1 por 20.000 habts.
PSICOLOGOS PARA ATENCION DE ADULTOS	1 por 40.000 hbts.
PSIQUIATRA PARA ATENCION NIÑOS Y ADOLESCENTES	1 por 20.000 habts.
PSICOLOGO PARA ATENCION NIÑOS Y ADOLESCENTES	1 por 25.000 habts.
ENFERMERAS	1 por 40.000 hbts.
TRABAJADOR SOCIAL PARA PROGRAMAS ESPECIFICOS	
AUXILIAR ENFERMERIA PARA PROGRAMAS ESPECIFICOS	
T. OCUPACIONAL HOSPITALIZACION	
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	

FUENTE: PLAN ESTRATÉGICO SALUD MENTAL 2008. (MADRID, SANIDAD)

En este mismo año donde el Real decreto 183/2008, 8 de febrero especialidades de ciencias de la salud y sistema de formación sanitaria especializada, se crean las unidades docentes multiprofesionales, donde la enfermera especialista en salud mental forma parte del equipo multidisciplinario.

Hasta el año 2009 se han distribuido las zonas de la Comunidad de Madrid en 11 áreas y dentro de cada una de ellas, han existido los distritos de salud.

⁷ (C.I.E. CH 1201-Ginebra). Su regulación en España está establecida por el R.D. 992/1987

⁸ Artículo 8. Estructura general

CONFIGURACION DE LA RED DE SALUD MENTAL. AÑO 2010



Fuente: Plan Estratégico de Salud Mental de 2010- 2014

En el 2010 existe una nueva Propuesta de zonificación con Área Única de asistencia. Y propuesta de integración todos los centros y servicios de salud mental en la asistencia especializada. Propuesta llevada a cabo en el 2011.

PLANES ESTRATEGICOS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Existen Planes estratégicos en Salud mental que se realizan cada 4 años concebidos como el documento de referencia a través del cual la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid propone y diseña objetivos, líneas de acción y medidas tendentes a ejecutar sus contenidos dentro del marco de la Atención Psiquiátrica y de Salud Mental de Madrid. Se trata, por tanto, de un marco de referencia sobre las medidas a desarrollar.

Los principios fundamentales del 2010-2014 son:⁹

⁹ Plan Estratégico de Salud Mental de 2010- 2014

- El paciente es el centro del sistema.
- Rechazo a la estigmatización y a la discriminación de las personas que padecen enfermedades mentales.
- La atención al paciente debe ser integral, de acuerdo con el modelo biopsicosocial.
- Integración la red ambulatoria de atención a la Salud Mental en el nivel de Atención Especializada, como una especialidad médica más.
- La asistencia a la Salud Mental está organizada de forma territorializada para facilitar la proximidad de los recursos asistenciales al paciente.
- La coordinación de la atención a la Salud Mental con el nivel de Atención Primaria.
- La atención a la salud mental de niños y adolescentes.
- La atención a la salud mental tiene un carácter global (en coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales).
- La actividad asistencial en Salud Mental se desarrolla por equipos multidisciplinares.
- Disponibilidad de alternativas residenciales sanitarias adaptadas a las necesidades de los pacientes con Trastorno Mental Grave, así como de recursos de hospitalización psiquiátrica para proporcionar tratamiento y rehabilitación y cuidados prolongados.
- El objetivo de la rehabilitación psicosocial del paciente es lograr su inclusión social y facilitar su recuperación personal.
- La formación del personal sanitario y la investigación en Salud Mental, así como la utilización de la gestión por procesos con el desarrollo de la asistencia con arreglo a procedimientos normalizados de actuación y a guías de buenas prácticas basadas en la evidencia científica, permiten avanzar en la permanente mejora de la calidad percibida por el paciente y sus familiares.

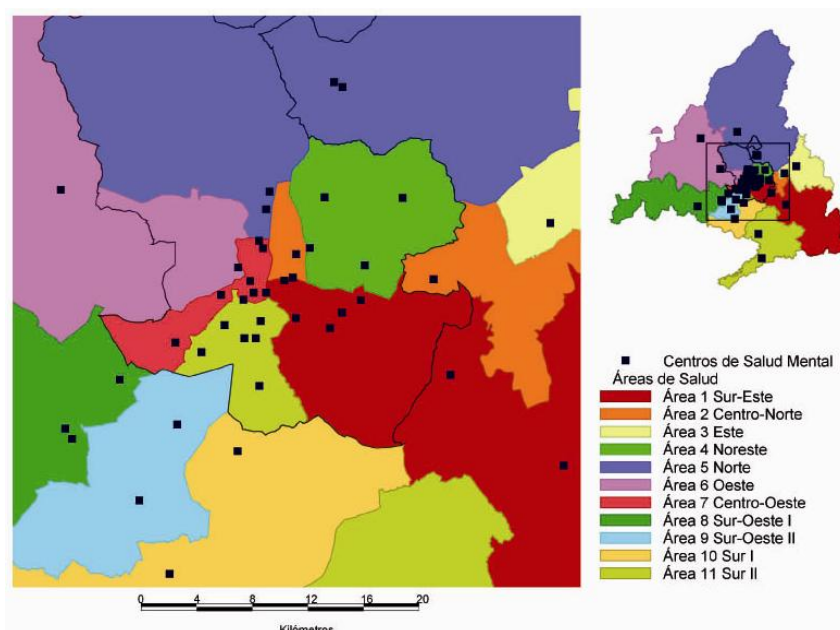
El 24 de Mayo del 2011 se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería de salud mental, estructurado en 2 ejes novedosos: La unidad docente multiprofesional y el aumento de la formación a 2 años de estudio.

2.2 ANÁLISIS EXTERNO. RECURSOS

El Centro de Salud Mental (CSM) es un servicio público donde se llevan a cabo las actuaciones de prevención y asistencia ambulatoria, incluyendo también, la atención al enfermo mental crónico. Se interrelacionan con los otros centros de Salud de la zona, con los dispositivos hospitalarios y con otros dispositivos especializados.¹⁰

¹⁰ Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.2009

LOCALIZACION DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID:



Fuente: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2009

La red de Salud Mental está formada por 48 centros de Salud Mental distribuidos entre las distintas áreas de salud. Los dispositivos se agrupan según el servicio que ofrecen y la ubicación que tenga en Centros de Salud de Atención Primaria (CAP), Centros de Especialidades Periféricos (CEP), Centros Monográficos y Complejos Hospitalarios. La mayor parte de centros pertenece al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) aunque también pueden ser municipales, privados concertados o estar en alquiler.¹¹

Nº	Nombre	Área	Municipio	Titularidad	Tipo de Serv.
1	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES ARGANDA	1	Arganda del Rey	SERMAS	CEP
2	CSM DEL CENTRO DE SALUD SANTA MÓNICA DE RIVAS VACIAMADRID	1	Rivas-VaciaMadrid	SERMAS	CAP
3	CSM DEL AMBULATORIO DE MORATALAZ	1	Madrid	SERMAS	CEP
4	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD VICÁLVARO	1	Madrid	MUNICIP.	MUN
5	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO RETIRO	1	Madrid	SERMAS	MON
6	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD RETIRO	1	Madrid	MUNICIP.	
7	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO PUENTE DE VALLECAS	1	Madrid	SERMAS	CAP
8	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE VALLECAS	1	Madrid	MUNICIP.	MUN
9	CSM DEL CENTRO DE SALUD RAFAEL ALBERTI VILLA DE VALLECAS	1	Madrid	SERMAS	CAP
10	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO DE CHAMARTIN	2	Madrid	SERMAS	MONO
11	CSM DEL CENTRO DE SALUD JAIME VERA DE COSLADA	2	Coslada	SERMAS	CAP
12	CSM DEL CENTRO DE SALUD SALAMANCA	2	Madrid	SERMAS	CAP
13	CSM DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO DIAZ DE ALCALÁ DE HENARES	3	Alcalá de Henares	SERMAS	CEP
14	CSM DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE TORREJÓN DE	3	Torrejón de	SERMAS	CAP

¹¹ Atlas de salud mental de Madrid. Noviembre 2010. Dolores Crespo Hervás

Nº	Nombre	Área	Municipio	Titularidad	Tipo de Serv.
	ARDOZ		Ardoz		
15	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO BARAJAS	4	Madrid	SERMAS	MONO
16	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO CIUDAD LINEAL	4	Madrid	SERMAS	MONO
17	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO HORTALEZA	4	Madrid	CONCER	MONO
18	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO SAN BLAS	4	Madrid	MUNICIP.	MONO
19	CSM DEL CENTRO DE SALUD MIRAFLORES DE ALCOBENDAS	5	Alcobendas	SERMAS	CAP
20	CSM DEL CENTRO DE SALUD COLMENAR VIEJO	5	Colmenar Viejo	SERMAS	CEP
21	CSM DEL CENTRO DE SALUD FUENCARRAL	5	Madrid	SERMAS	CAP
22	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO TETUÁN	5	Madrid	SERMAS	MONO
23	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD TETUÁN	5	Madrid	MUNICIP.	MUN
24	CSM DEL CENTRO DE SALUD POLÍGONO BELGAS DE COLLADO DE VILLALBA	6	Collado-Villalba	SERMAS	CAP
25	CSM DEL CENTRO DE SALUD CERRO DEL AIRE DE MAJADAHONDA	6	Majadahonda	SERMAS	CAP
26	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES MONCLOA	6	Madrid	SERMAS	CEP
27	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO "CENTRO"	7	Madrid	SERMAS	MONO
28	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD "CENTRO"	7	Madrid	MUNICIP.	MUN
29	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES CHAMBERÍ	7	Madrid	SERMAS	CEP
30	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO LATINA	7	Madrid	MUNICIP.	MONO
31	CSM DEL CENTRO DE SALUD LAS AGUILAS	7	Madrid	SERMAS	CAP
32	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO ALCORCÓN	8	Alcorcón	MUNICIP.	MONO
33	CSM DEL CENTRO DE SALUD DOCTOR LUENGO RODRÍGUEZ DE MÓSTOLES	8	Móstoles	SERMAS	CAP
34	CSM DEL CENTRO DE SALUD MÓSTOLES	8	Móstoles	MUNICIP.	MUN
35	CSM DEL CENTRO DE SALUD NAVALCARNERO	8	Navalcarnero	SERMAS	CAP
36	CSM DEL CENTRO ESPECIALIDADES EL ARROYO DE FUENLABRADA	9	Fuenlabrada	SERMAS	CEP
37	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO DE LEGANÉS	9	Leganés	SERMAS	C.H
38	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES LOS ANGELES DE GETAFE	10	Getafe	SERMAS	CEP
39	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO PARLA	10	Parla	SERMAS	MONO
40	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO ARANJUEZ	11	Aranjuez	ALQUILER	MONO
41	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO CIEMPOZUELOS	11	Ciempozuelos	CONCER	C.H
42	CSM CENTRO MUNICIPAL DE SALUD CASA DEL RELOJ DE ARGANZUELA	11	Madrid	MUNICIP.	MUN
43	CSM CENTRO DE SALUD GUAYABA DE CARABANCHEL	11	Madrid	SERMAS	CAP
44	CSM DEL AMBULATORIO HERMANOS MIRALLES DE CARABANCHEL	11	Madrid	SERMAS	CEP
45	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICAS PONTONES	11	Madrid	SERMAS	CEP
46	CSM CENTRO DE SALUD ALMENDRALES DE USERA	11	Madrid	SERMAS	CAP
47	CSM CENTRO MUNICIPAL DE SALUD USERA	11	Madrid	MUNICIP.	MUN
48	CSM CENTRO DE SALUD LOS ANGELES DE VILLVERDE	11	Madrid	SERMAS	CAP

Fuente: Atlas de Salud Mental de Madrid. 2010. Crespo, MD

RECURSOS HUMANOS EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

A continuación se describen los equipos de atención de los centros de Salud Mental. Estos se componen de 295 psiquiatras, 164 psicólogos, 80 trabajadores sociales, 113 enfermeros, 31 auxiliares de enfermería, 51 auxiliares administrativos, 16 terapeutas ocupacionales, 4

monitor, 13 celadores y 6 “otros” que engloban 1 médico, 1 cuidador, 2 auxiliares de cocina, 2 auxiliares de control y 1 informático. No se dispone información de los CSM del centro municipal de Salud de Vallecas, de la Casa del Reloj de Arganzuela, del Centro de Salud Almendrales de Usera.

Nº	Nombre	PSIQ	PSIC	TS	DUE	AE	AA	TO	MO	CEL	OT
1	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES ARGANDA	6	3		3		2	2			
2	CSM DEL CENTRO DE SALUD SANTA MÓNICA DE RIVAS VACIAMADRID	2					1				
3	CSM DEL AMBULATORIO DE MORATALAZ	8	8	3	3		3				
4	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD VICÁLVARO	2			1						
5	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO RETIRO	8	4	1	4						
6	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD RETIRO		1								
7	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO PUENTE DE VALLECAS	11	4	3	4		6				2*
8	CSM DEL CENTRO DE SALUD RAFAEL ALBERTI VILLA DE VALLECAS	9	6		3	1					
9	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD DE VALLECAS	NC	NC	NC	NC						
10	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO DE CHAMARTIN	7	4	2	4	1	2			4	4**
11	CSM DEL CENTRO DE SALUD JAIME VERA DE COSLADA	8	5	2	3		3	1	1		
12	CSM DEL CENTRO DE SALUD SALAMANCA	4		1	2			2			
13	CSM DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO DIAZ DE ALCALÁ DE HENARES	15	5	2	3	1	4				2
14	CSM DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE TORREJÓN DE ARDOZ	8	3	1	3						
15	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO BARAJAS	3	3		2	1					
16	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO CIUDAD LINEAL	10	6	3	1			2			
17	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO HORTALEZA	7	4	2	2	2		2			
18	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO SAN BLAS	6	5	2	2			1			
19	CSM DEL CENTRO DE SALUD MIRAFLORES DE ALCOBENDAS	8	3	3	4		3				1***
20	CSM DEL CENTRO DE SALUD COLMENAR VIEJO	5	2	3	2	2					
21	CSM DEL CENTRO DE SALUD FUENCARRAL	11	6		4		3		1		1
22	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO TETUÁN	8	11	6	3	3	6	3	1		4
23	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD TETUÁN	1	1								
24	CSM DEL CENTRO DE SALUD POLÍGONO BELGAS DE COLLADO DE VILLALBA	8	3	2	4	2					
25	CSM DEL CENTRO DE SALUD CERRO DEL AIRE DE MAJADAHONDA	8	6	2	4	1		1			1
26	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES MONCLOA	7	4	1	4		3				
27	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO "CENTRO"	6	3	2	3						
28	CSM DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD "CENTRO"		1								
29	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES CHAMBERÍ	5	2	2	3	1	2				
30	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO	5	2	2	2	2					

Nº	Nombre	PSIQ	PSIC	TS	DUE	AE	AA	TO	MO	CEL	OT
	LATINA										
31	CSM DEL CENTRO DE SALUD LAS AGUILAS	4	2	1	2						
32	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO ALCORCÓN	9	5	1	3	2		1			
33	CSM DEL CENTRO DE SALUD DOCTOR LUENGO RODRÍGUEZ DE MÓSTOLES	8	5	1	6	1	4				
34	CSM DEL CENTRO DE SALUD MÓSTOLES	3	2	1	1	1	2				
35	CSM DEL CENTRO DE SALUD NAVALCARNERO	4	2	1	2						
36	CSM DEL CENTRO ESPECIALIDADES EL ARROYO DE FUENLABRADA	11	6	2	3	2					
37	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO DE LEGANÉS	9	6	3	5						
38	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES LOS ANGELES DE GETAFE	9	5	2	3			1			
39	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO PARLA	8	4	2	3			2			
40	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO ARANJUEZ	4	2		1	1					
41	CSM DEL CENTRO MONOGRÁFICO CIEMPOZUELOS	2	1	1	1						
42	CSM CENTRO MUNICIPAL DE SALUD CASA DEL RELOJ DE ARGANZUELA	NC	NC	NC	NC						
43	CSM CENTRO DE SALUD GUAYABA DE CARABANCHEL	3	1								
44	CSM DEL AMBULATORIO HERMANOS MIRALLES DE CARABANCHEL	14	8	3	5	3	6				7
45	CSM DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICAS PONTONES	9	4	2	3	2	3				
46	CSM CENTRO DE SALUD ALMENDRALES DE USERA	NC	NC	NC	NC						
47	CSM CENTRO MUNICIPAL DE SALUD USERA	2									
48	CSM CENTRO DE SALUD LOS ANGELES DE VILLAVERDE	9	6	2	3						
Total		295	164	80	113	31	51	16	4	13	6
	Psic: psiquiatra, Psic: psicólogo TS: trabajador social, DUE: diplomado enfermería AE: auxiliar de enfermería, AA: auxiliar administrativo TO: terapeuta ocupacional MO: monitor CEL: celador, OT: otros										
**	1 Técnico cuidador 1 Médico										
**	1Aux de control 2Aux de cocina 1informatico										
***	1Aux de control										

12

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ)

Es el dispositivo ambulatorio de referencia para la evaluación y el tratamiento de menores de edad, de 0 a 17 años con problemas de Salud Mental. El primer nivel de Asistencia Especializada en Salud Mental a la infancia y adolescencia se realiza en los propios Centros de Salud Mental de cada Distrito de la Comunidad de Madrid en los que está definido un programa infanto-juvenil. Desarrollan actividades preventivas, asistenciales y rehabilitadoras.

¹² Fuente: Atlas de Salud Mental de Madrid. 2010. Crespo, MD

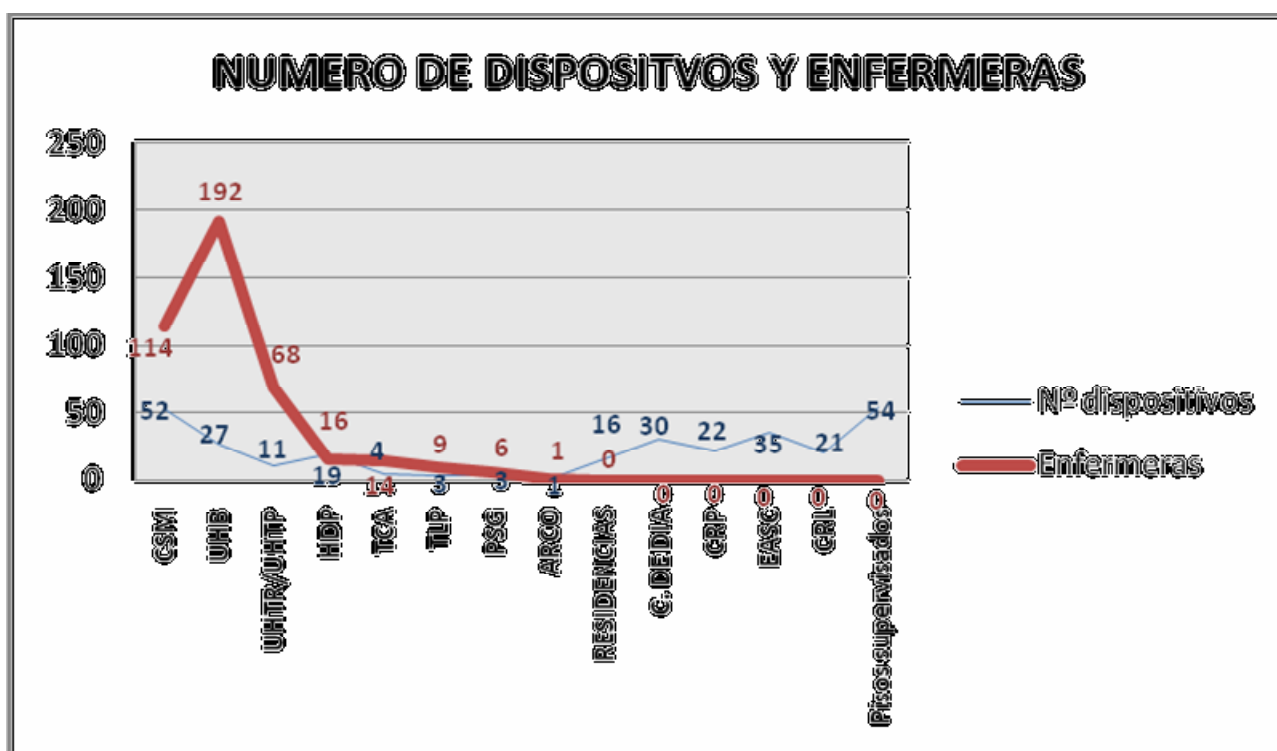
El contacto con instituciones y servicios vinculados con la infancia como centros educativos, servicios sanitarios de pediatría son fundamentales.

La red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid cuenta con 4 unidades de Salud Mental infanto-juvenil (CSMIJ) . Los centros del H. Clínico San Carlos y Reyes Católicos tienen servicios y equipo de profesionales de atención específica para niños y adolescentes. Solo en el CSM de Reyes católicos hay 1 enfermera

• **RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID:**

El colectivo de enfermería de Salud Mental de la Comunidad de Madrid lo conforman 421 enfermeras y 460 auxiliares, repartidas un 20% en los CSMs, 46% en las UHBs, 16 % UHTR/ UHCP, 4% en Hospitales de día, 3,3 % en TCA, 2,1 % TLP y 1,4 % en psicogeriatría.¹³

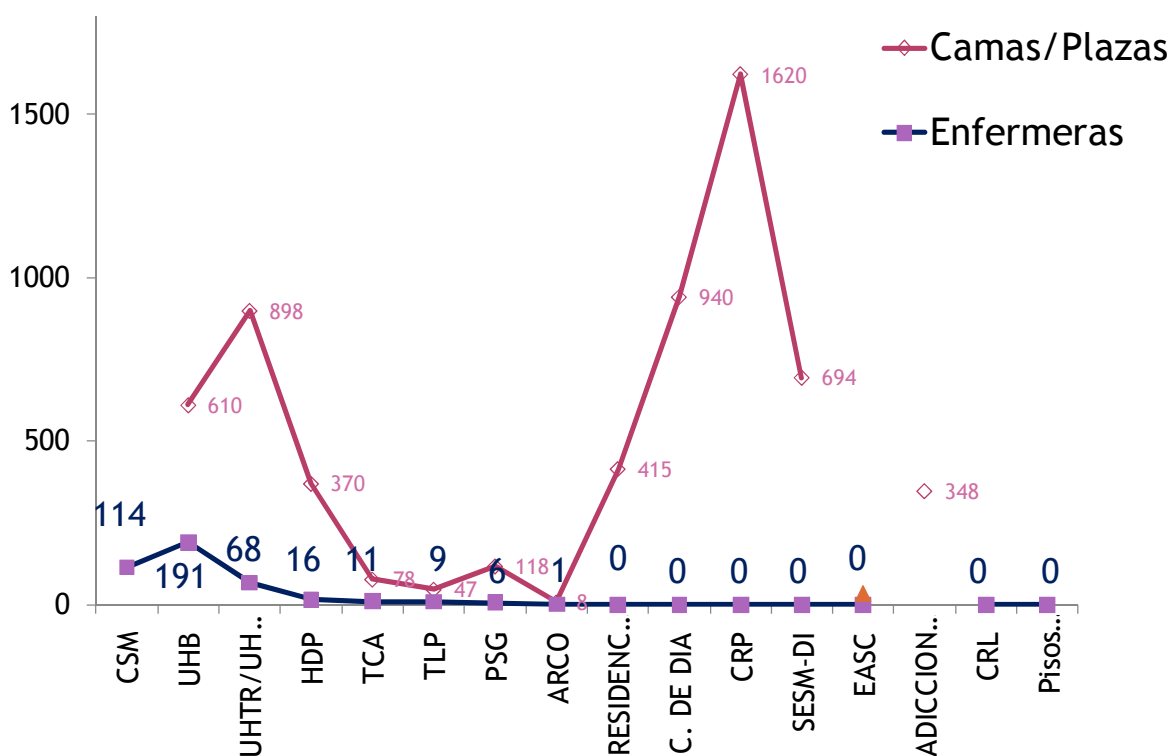
DISTRIBUCION DE LA ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN MADRID



¹³ Memoria 2010. Coordinación de Enfermería de la Oficina Regional de Salud mental. Comunidad de Madrid

No existen enfermeras en las 16 residencias con 415 plazas, ni en los 30 Centros de día con 940 plazas, ni en los 22 CRPS con 1620 plazas, ni tampoco hay enfermeras en los 35 EASC. Hay 21 CRL sin enfermeras y 54 pisos supervisados igualmente sin representación de Enfermería.

PLAZAS O CAMAS Y ENFERMERIA



FUENTE: ATLAS DE SALUD MENTAL DE MADRID. Noviembre 2010. Dolores Crespo Hervás

2.3 ANÁLISIS EXTERNO: COORDINACIÓN ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA

Para garantizar la continuidad de cuidados de la persona con enfermedad mental es imprescindible y la gestión de los diferentes recursos

La enfermería especialista en salud mental, como líder y gestor de los cuidados del paciente deberá participar en todas y cada una de las coordinaciones y comisiones que tengan que ver con los cuidados.

La coordinación que realiza la enfermería en los CSMs, puede ser de diferentes dispositivos ámbitos y con diferentes profesionales:

1. Coordinación con los dispositivos de Rehabilitación.
2. Coordinación con la Unidad de Hospitalización Breve.
3. Coordinación con Hospital de DIA.
4. Coordinación con Atención primaria.
5. Coordinación con C.A.I.D.
6. Coordinación con Instituciones No Sanitarias
 - a. Servicios educativos.
 - b. Administración de Justicia.
 - c. Servicios Sociales Comunitarios.
 - d. Asociaciones de Familiares.

1. COORDINACION CON LOS DISPOSITIVOS DE REHABILITACION.

En la comunidad de Madrid, en estos últimos años, se ha puesto en funcionamiento diversos recursos de rehabilitación derivados del Plan de salud Mental y del Programa de atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Ello ha implicado establecer estrategias de coordinación con todos estos dispositivos, de tal manera que quede garantizada la Continuidad de Cuidados del Paciente y que, a su vez, dichos dispositivos logren la mayor integración funcional dentro del esquema del Programa de Rehabilitación del Servicio de Salud Mental de Distrito. Se requiere que los profesionales implicados en la atención al paciente conformen un equipo de profesionales trabajando de manera coordinada y con el objetivo común del tratamiento del paciente.

La existencia del Servicio de Salud Mental como unidad básica de tratamiento y la creación a su alrededor de una red de dispositivos de rehabilitación, hace que convivan dos sistemas que deben actuar de manera conjunta y eficiente. Hay que establecer las acciones de coordinación de forma que se optimicen todos los recursos disponibles, y que la información sea fluida en ambos sentidos.

La enfermería, debido a las características de su formación, con gran carga técnica y humanística, se sitúa en un punto óptimo para llevar a cabo las tareas de coordinación entre el Servicio de Salud Mental y los dispositivos de Rehabilitación.

Criterios de coordinación.

- La coordinación ha de basarse en el mutuo reconocimiento (SSM y dispositivo rehabilitados) de las competencias propias.
- La coordinación la llevarán a cabo aquellos profesionales que pertenezcan al Programa de Continuidad de rehabilitación; de manera específica los coordinadores del Programa de Continuidad de Cuidados. En función de las necesidades del servicio, esta función se podrá centralizar en una sola persona.
- La periodicidad de la coordinación con los dispositivos de rehabilitación no será superior a la mensual. En cualquier caso habrá que establecer su frecuencia en función de las características específicas de cada uno de ellos.
- El recurso rehabilitador designará a una persona, que será interlocutor válido ante cualquier circunstancia o hecho relevante que suceda ínter coordinaciones.

- Si la persona responsable de la coordinación es el coordinador del Programa de Continuidad de Cuidados, se le reconoce capacidad ejecutiva para tomar cualquier decisión relacionada con el proceso rehabilitador en el dispositivo correspondiente. Si la coordinación estuviera centralizada en una sola persona, y fuera necesario adoptar cualquier medida referente a un usuario, se lo comunicara al coordinador correspondiente para que, puesto en contacto con la persona de referencia del dispositivo, se tomen las medidas oportunas

DESCRIPCION DE DISPOSITIVOS.

a) Dispositivos ambulatorios.

- CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL (C.R.P.S)

Recurso destinado al enfermo mental crónico para ayudar a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, promover su mantenimiento e integración en la comunidad.

- CENTRO DE REHABILITACION LABORAL (C.R.L)

Recurso específico de servicios sociales especializados, destinado al enfermo mental crónico para ayudar a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral.

- CENTRO DE DIA DE SOPORTE SOCIAL. (C.D.S.S).

Recurso específico de servicios especializados dirigido al enfermo mental crónico que presenta fuertes dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y que ayuda a recuperar el máximo grado de autonomía personal posible.

Los objetivos de la coordinación entre estos recursos rehabilitadores expresados anteriormente y el Servicio de Salud Mental serán:

- Asegurar el cumplimiento de los objetivos individuales planificados a priori de cada usuario.
- Articular una atención integral que haga posible el seguimiento y apoyo del usuario en su entorno comunitario.
- Favorecer el flujo de información entre los equipos terapéuticos del dispositivo rehabilitador y del Servicios de Salud Mental..

b) Dispositivos residenciales.

- MINIRESIDENCIA (M.R.)

Recurso residencial comunitario dirigido específicamente al enfermo mental crónico que necesita un apoyo residencial específico y supervisado debido a un apoyo familiar inadecuado o inexistente o bien por dificultades de autonomía y funcionamiento psicosocial del enfermo. Proporciona, con carácter transitorio o definido alojamiento, manutención, cuidado, soporte y apoyo rehabilitador durante 24 horas al día en un ambiente de convivencia lo mas normalizado posible.

- UNIDAD HOSPITALARARIA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION. (UHTR)

Recurso residencial para los enfermos mentales crónicos que presenta fuerte deterioro en su autonomía personal y social que hace imposible llevar acabo los objetivos del programa de rehabilitación desde su entorno comunitario. Proporciona alojamiento, manutención y soporte básico 24h al día para enfermos que necesitan atención y contención continuada. El tiempo de estancia es de meses, prorrogables en caso de no lograrse los objetivos inicialmente planteados.

- **UNIDAD DE CUIDADOS PROLONGADOS PSIQUIATRICOS.**

Recurso residencial para el enfermos mental crónico que por grave deterioro psicosocial y/o ausencia de apoyo familiar necesita una atención residencial de duración indefinida ofreciendo una calidad de vida digna y evitando actuaciones de marginalización.

- **PISOS PROTEGIDOS/SUPERVISADOS.**

Recurso residencial comunitario organizado en pisos o viviendas normalizadas, en los que pueden residir 3-5 personas con enfermedad mental crónica. Ofrecen una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte completada con una supervisión y apoyo flexible ajustado a las necesidades de cada usuario. Dirigido a las personas con enfermedad mental crónica que mantienen un aceptable nivel de autonomía personal y social pero que necesitan un apoyo residencial.

- **PENSIONES CONCERTADAS.**

Alternativa de alojamiento comunitaria organizada a través del acuerdo con Pensiones de huéspedes para utilizar algunas de sus plazas por personas con enfermedad mental crónica. Ofrecen una alternativa flexible y normalizada de alojamiento y cobertura a las necesidades de los usuarios con buen nivel de autonomía personal y social pero necesitan apoyo residencial.

- **ALBERGUES.**

Alternativa residencial para personas que se encuentran en situación de marginación sin hogar y sufren una grave exclusión social.

Los objetivos de la coordinación entre estos recursos rehabilitadores expresados anteriormente y los servicios de salud mental son:

- Asegurar el cumplimiento de los objetivos individuales planificados en el plan de continuidad de cuidados del programa de rehabilitación.
- Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos planificados en los tiempos estimados y reajustar tiempos-objetivos cuando sea necesario.
- Favorecer la continuidad de cuidados cuando se hayan cumplido los objetivos en el dispositivo rehabilitador y el usuario regrese a su entorno comunitario.
- Potenciar la adecuada transición desde el recurso rehabilitador hasta el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización.
- Transmitir información actualizada sobre la evolución y seguimiento del usuario entre el recurso y Salud mental.

- **EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE CALLE.**

Desarrollan estrategias específicas de intervención para favorecer la rehabilitación psicosocial y progresiva reinserción de personas con enfermedad mental crónica que se encuentran en una situación de marginación sin hogar y por tanto sufren una grave exclusión social.

Promueven la progresiva implicación del usuario en los Servicios de salud mental.

- **EQUIPO DE APOYO SOCIOCOMUNITARIO.**

Ofrecen atención social domiciliaria para permitir a usuarios con dificultades de funcionamiento mantenerse en su domicilio o el entorno familiar. Además, ofrecen apoyo para favorecer la vinculación con la red de recursos de Salud Mental y Servicios Sociales mejorando su situación psicopatológica y calidad de vida. Trabajan integrados en los programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados.

Los objetivos de la coordinación entre estos recursos rehabilitadores expresados anteriormente y el Salud mental son:

- Apoyar el mantenimiento del usuario en su entorno en las mejores condiciones posibles.
- Evaluar la idoneidad de la participación de otros dispositivos de rehabilitación en función de las necesidades del usuario.
- Favorecer la continuidad de cuidados.
- Potenciar la adecuada transición desde el domicilio hasta el recurso rehabilitador.
- Transmitir información actualizada sobre la evolución y seguimiento del usuario entre el recurso rehabilitador y el Salud Mental.

2. COORDINACION CON LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION BREVE.

La coordinación con las unidades de hospitalización permite una adecuada y eficaz continuidad de los cuidados del enfermo mental, favoreciendo la continuidad bidireccional entre los niveles comunitario y hospitalario.

Elaborar un informe de enfermería al ingreso y al alta favorece una atención continuada, individual y directa al enfermo mental, que facilita un tratamiento integral.

Se contempla el informe de enfermería como un documento en el que se reflejan los datos necesarios para llevar a cabo la definición, valoración, planificación y ejecución de las funciones propias de enfermería. Es por tanto, un instrumento de trabajo que facilita las tareas de enfermería y completa el expediente del paciente, permitiendo disponer de una información puntual sobre la evolución y cumplimiento de los objetivos planteados, realizando las oportunas modificaciones y el establecimiento de reuniones sistematizadas con una determinada frecuencia.

Existe la figura del enfermero de enlace entre el CSM y la Hospitalización que cada día tienen un papel más relevante en las coordinaciones para garantizar el seguimiento de los cuidados. Su función es transmitir y compartir la información sobre los objetivos terapéuticos y consensuar las actuaciones necesarias para favorecer el tratamiento del enfermo mental, con una adecuada continuidad en los cuidados. Hacer de nexo de unión entre ambos dispositivos.

3. COORDINACION CON HOSPITAL DE DIA.

Recurso dirigido a enfermos mentales graves que necesitan un medio terapéutico intensivo para recuperar las capacidades y habilidades necesarias que les permitan integrarse en la comunidad con un funcionamiento lo mas normalizado posible.

La coordinación con este recurso favorece el flujo de información entre los diferentes equipos terapéuticos para asegurar la atención integral del usuario.

4. COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA.
5. COORDINACION CON C.A.I.D.
6. COORDINACION CON INSTITUCIONES NO SANITARIAS.
 - SERVICIOS EDUCATIVOS.
 - ADMINISTRACION DE JUSTICIA.
 - SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS.
 - ASOCIACIONES DE FAMILIARES

2.4 MANUAL DE FUNCIONAMIENTO EN LOS CSMS (GUIA DE ENFERMERÍA)

El Manual de Funcionamiento (Guía) pretende ser un documento de carácter general para unificar criterios de definición y actuación en el marco de las distintas Unidades de Responsabilidad. Está concebido como una herramienta de trabajo que necesita de la constante revisión e incorporación de nuevas aportaciones, con la finalidad última de mejorar la calidad asistencial en la Unidad. Para ello se incorporan definiciones de espacios, dotaciones, determinación de cronogramas, descripción de las principales áreas de actividad, y relaciones con otras Unidades.

La concepción del manual de funcionamiento, será constituirse en la primera guía de consulta para el personal de nueva incorporación y un reciclaje para las mejoras que se vayan incorporando.

Documento:

1. Definir el orden organizativo y funcional de la Unidad de Responsabilidad, estableciendo unas normas básicas de actuación, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento de la misma.
2. El Manual de Funcionamiento está concebido, para distintos profesionales de enfermería, como una proyección clara y al alcance de todos de los criterios de actuación del Dispositivo.
3. Ordenar los procesos operativos y de apoyo bajo las líneas normativas que rigen la actividad del servicio.

Alcance:

Dirigido a formar parte del Manual General de Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental, los principios establecidos en él tienen carácter vinculante para todos los profesionales de enfermería que trabajen en el Centro.

Responsable:

El responsable directo del Documento es el Representante de enfermería del CSM, y el responsable indirecto la coordinación de Enfermería de la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

MISIÓN Y VALORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL

El dispositivo se define como un recurso terapéutico cuya razón de ser es prestar una atención integral en salud mental a la población de referencia mediante diagnóstico, tratamiento y aplicación de los cuidados necesarios a las personas que lo necesiten, permitiendo la rehabilitación y reinserción social a través de una atención comunitaria, integral, continua y de calidad.

Aspectos básicos:

- Participación en la promoción de programas de prevención y educación para la población
- Lucha contra el estigma y la discriminación de las personas afectadas por trastornos mentales.

Se caracteriza por la valoración, el diagnóstico, la intervención y la evolución (el seguimiento) Trabajo asistencial desarrollado por un equipo multidisciplinar, coordinado por un jefe de servicio e integrado por:

Médicos Psiquiatras
Psicólogos Clínicos
Enfermeras especialistas em Salud Mental
Trabajador social
Terapeuta ocupacional y Monitor de terapia ocupacional.
Auxiliar de enfermería
Auxiliar administrativa

Además del resto de recursos propios del dispositivo, tanto material como personal.

VALORES:

- Trabajo en equipo
- Corresponsabilidad
- Compromiso con la atención y mejora continua
- Profesionalidad Ética
- Actitud innovadora
- Respeto hacia los pacientes y entre los profesionales.
- Trato humanizador y personalizado.
- Honestidad y ética profesional.
- Responsabilidad y profesionalidad en el trabajo
- Transparencia y veracidad en la transmisión de la información.
- Actitud de escucha activa.
- Búsqueda de nuevas ideas, conocimientos, mejores prácticas y desarrollo de proyectos de investigación.
- Compromiso personal y social con los pacientes y la salud mental

ESTRUCTURA

En cada CSM se deberán establecer los mínimos recursos materiales para realizar el trabajo correctamente, según marca la Ley. En el manual de funcionamiento se deberá explicitar cuales son estos recursos y como se optimizan. Tanto aparataje, mobiliario como salas y despachos han de constar en el Manual de funcionamiento.

ORGANIGRAMA CRONOGRAMA Y METODOLOGIA DE TRABAJO

Ha de constar el funcionamiento interno del centro, la dinámica establecida de coordinaciones, las formas de libranza.

Como parte fundamental de la metodología de trabajo enfermero, utilizaremos los Planes de Cuidados Estandarizados (Con diagnósticos Nanda, NIC y NOC) para las patologías más frecuentes en el centro y Planes individualizados según criterios internos de la Unidad. Desarrollamos nuestra actividad en los distintos procesos asistenciales, a través de Planes de Cuidados y Procedimientos Enfermeros, con objeto de unificar criterios de actuación.

Deberán estar explicitados los horarios grupales, de sesiones etc. De cada profesional del centro para la mejor organización del mismo.

Deberán estar registrados los circuitos de pacientes, familiares y servicios. Así como los roles, funciones y competencias de cada profesional.

ACTIVIDADES BASICAS DE ENFERMERIA Y CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios estará expresada en el Manual de funcionamiento, para conocimiento de los profesionales y usuario.

2.5 EVALUACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SITUACIÓN DE LA ENFERMERÍA. ANÁLISIS DAFO

En el análisis DAFO, se valora la situación del entorno e *intorno* de la organización enfermera desde la óptica estratégica y sin perder como referencia la *visión*. Se han recogido los datos:

Entorno o análisis de los factores que influyen desde fuera sobre la organización. Los elementos evaluados están en relación con la influencia que el entorno tiene sobre EL AREA DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

- Amenazas (riesgos)
- Oportunidades

Intorno o análisis intraorganizacional para acercarnos al conocimiento de los factores

- Debilidades
- Fortalezas

El procedimiento para la identificación y priorización de los elementos estratégicos es la técnica nominal de grupo que ha consistido en:

- Explicar el objetivo de la reunión: analizar puntos fuertes, débiles, amenazas y oportunidades de la unidad donde trabajan.
- Cada uno de los miembros, de forma individual, aporta una o mas ideas. Las ideas se escriben para comprender la idea expuesta.
- Se hace una relación por escrito de todas las ideas aportadas
- Se procede al análisis del contenido y su correcta formulación

Se han formulado las siguientes preguntas:

- En su opinión personal, ¿Cuáles son los aspectos positivos actuales de nuestra organización enfermera de salud mental que se puedan considerar favorecedores para alcanzar la visión o misión planteada?
- En su opinión personal ¿Cuáles son los aspectos negativos actuales de la organización que podamos considerar limitadores para la misión visión futura?
- ¿Cuáles son los riesgos que interaccionan desde el exterior y que, por tanto, pueden limitar la consecución de los cambios?
- ¿Cuáles son los elementos externos que pueden explotarse por la organización enfermera de salud mental para conseguir mejoras en consonancia con la misión visión?

Las respuestas a cada una de las cuestiones planteadas han dado lugar a la identificación de los **puntos fuertes, puntos débiles, amenazas, y oportunidades**. Una vez terminada esta actividad, se aplica un método de priorización y se jerarquizan de mayor a menor importancia.

Tras la recogida de opiniones de la mayoría de los representantes de las Comisiones y Grupos de Trabajo de Enfermería de la Oficina Regional de Salud Mental de Madrid y la elaboración de una matriz DAFO para conocer la situación de la enfermería se concluye con la siguiente tabla de resultados:

Análisis Interno	<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cercanía con el paciente. Profesional de referencia. 2. Aumento calidad de los cuidados: Muchos especialistas. 3. Vertiente multidisciplinar. 4. Adaptabilidad a los recursos y las necesidades. 5. Motivación de los grupos de trabajo en la Oficina Regional. 	<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nos falta creérselo y reafirmarlo. Relevancia del rol. 2. Déficit formación en Gestión y Planificación. 3. Criterios dispersos. Faltan Directrices. 4. Cartera de servicios. Medir resultados. 5. Falta promoción. Definición de roles.
Análisis Externo	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Espacio y representatividad en la ORCSM. 2. Presencia en Comisiones y planificación. 3. Reclamar el liderazgo de los cuidados. 4. Coordinadores. 5. Acceso al Título de Especialista en Salud Mental. 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de enfermería en los dispositivos de rehabilitación psicosocial. 2. Amortización de plazas. Pendiente catalogación. 3. Poca participación en órganos de decisión. 4. Los profesionales del Cuidado somos las enfermeras. 5. Momento actual de indefinición en la jerarquización de las áreas de salud mental (impuesto).

IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS

- **Los profesionales de Enfermería de salud mental son muy valiosos para el paciente y sus cuidados.** Se evidencia que algunos profesionales de Enfermería están poco aprovechados. En los CSMs el trabajo es a menudo desconocido, donde se escribe, estandariza e investiga poco. Hay ausencias frecuentes a las Comisiones Consultivas de trabajo por problemas de escasez de personal en los Centros
- Existe una alta participación y representación en la Oficina Regional de Coordinación de salud mental. Positiva colaboración de parte de los Jefes de distrito de los CSMs.
- **Existe necesidad de mejora en cuanto a los conocimientos de gestión/ investigación/ Metodología Enfermera.** Tenemos que exponer a nuestros compañeros el trabajo que realiza la enfermera, la valoración, los diagnósticos de enfermería, intervenciones etc. Protocolizar las visitas a domicilio.

- **En el área de Enfermería de Hospitalización** existe mayor utilización de metodología enfermera y los protocolos están más estandarizados.
- **Liderazgo de los cuidados.** Sería importante aumentar o iniciar la participación en los órganos de toma de decisiones. Hemos de reclamar el protagonismo que nos corresponde en el liderazgo de los cuidados. Debemos estar presentes en los comités y organismos de Planificación de los servicios. Tenemos que posicionarnos en cada puesto de trabajo de forma más asertiva, exponiendo quienes somos, lo que hacemos.
- **Capacidad de Autocrítica de Enfermería:** Podemos y debemos ser críticos con nosotros mismos; esto nos dará la razón moral para poder ser fuertes y conseguir mayor credibilidad en los equipos.
- Instaurar la presencia de Enfermería especialista en los dispositivos de los Programas de Rehabilitación.
- **La especialización es una garantía de la calidad de los cuidados que reciben los pacientes.** Hemos de evitar que una enfermera que nunca ha estado en salud mental sea trasladada a estos dispositivos sin previa formación. La especialización no es solo un problema de índole profesional sino una garantía de que los ciudadanos reciben los cuidados de calidad que necesitan.
- **Unificar y ofrecer cartera de servicios,** midiendo nuestro trabajo por los resultados. **Evaluar la rentabilidad de los Cuidados enfermeros.** La evaluación de la rentabilidad de los cuidados enfermeros, es otra de nuestras asignaturas pendientes, sobre todo en un momento donde la justificación de la necesidad de recursos humanos y materiales, se basa en el coste de los procesos.
- El reto y la esperanza actual es que se han creado espacios de encuentro de Enfermería en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental donde conocernos, coordinarnos y unificar criterios para la mejora de la calidad de la atención al paciente.

3. PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERIA EN EL PLAN ESTRATEGICO

La enfermera de salud mental está integrada en los procesos de atención integral a las personas con enfermedad mental, dentro del equipo multidisciplinario.

Existen comisiones consultivas de cuidados de Enfermería de salud mental en la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid ,con “ grupos de mejora” que se realizan semestralmente, orientados fundamentalmente a la unificación de criterios de trabajo para la mejora de la calidad del servicio enfermero

La coordinación de Enfermería en la Oficina Regional forma parte del equipo técnico de trabajo que depende de la Dirección General de Hospitales.

Corresponde a la Enfermería “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.¹⁴

3.1.COMPETENCIAS Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

El enfermero en Salud Mental tiene como competencia la dirección, evaluación y prestación de cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la Salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades en el área de la Salud Mental¹⁵.

El Perfil profesional de la enfermera especialista de Salud Mental¹⁶ determina que al concluir su programa formativo, este capacitada para desarrollar todas aquellas competencias para las que ha sido formada. La aportación profesional de éste especialista deriva del trabajo que desarrolla con las personas y con las respuestas que debe dar a las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y con la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Para desarrollar todo su ámbito competencial, la enfermera Especialista en Salud Mental presta cuidados utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico.

En este sentido, el trabajo de la enfermera especialista de salud mental se conjuga entre dos ámbitos del conocimiento: el ámbito científico de las ciencias de la salud y el ámbito humanista de las ciencias sociales. Es desde esta doble perspectiva que se prepara para el desarrollo de una atención integral y holística de la persona y su entorno.

La enfermera especialista en salud mental desarrollará sus funciones:

1. Asistencial
2. Docente
3. De gestión
4. Y de investigación.

1. COMPETENCIAS ASISTENCIALES DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL:

- a) Utilizar la relación terapéutica como instrumento básico de comunicación y relación en el marco de los cuidados de enfermería de salud mental y de los principios éticos.
- b) Formular juicios profesionales a partir de la integración de conocimientos, el análisis de la información y el pensamiento crítico.

¹⁴ LOPS, artículo 7.2

¹⁵ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE 22/11/03.

¹⁶ Programa formativo de especialidades de Enfermería de salud mental BOE 24 de Mayo del 2011.

- c) Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta asimismo los criterios de calidad y seguridad del paciente.
- d) Participar en la elaboración del plan integral de atención a la salud mental de las personas, familias y grupos, aportando al equipo de salud mental planes de cuidados específicos.
- e) Coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados de enfermería.
- f) Elaborar, aplicar y evaluar guías clínicas de cuidados de enfermería de salud mental basadas en las evidencias científicas y participar en la creación de guías clínicas de salud mental con otros profesionales.
- g) Manejar e indicar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la salud mental, de acuerdo con la legislación vigente.
- h) Programar y desarrollar planes de cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito comunitario, utilizando la visita domiciliaria como instrumento de intervención terapéutica.
- i) Coordinar los cuidados de enfermería que se ofertan cualquiera que sea el dispositivo y nivel de atención a la salud mental en el que se encuentre, supervisando las intervenciones de otros profesionales y el ajuste de las mismas a la planificación de cuidados especializados de salud mental establecidos para cada paciente y/o situación.
- j) Actuar como gestora de casos en los problemas de salud mental que requieren continuidad de cuidados (por ejemplo en trastornos mentales graves), manejando la estrategia que haya sido consensuada por el equipo de salud mental.
- k) Asesorar, en calidad de experta, a profesionales de enfermería, otros profesionales de la salud, así como a personas y/o grupos.

2. COMPETENCIAS DOCENTES DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL:

- a) Educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades.
- b) Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales y especialistas de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.

3. COMPETENCIAS INVESTIGADORAS DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL:

- a) Generar conocimiento científico en el ámbito de la salud, impulsar líneas de investigación y divulgar la evidencia.
- b) Liderar y/o participar como miembro del equipo investigador en proyectos de investigación multidisciplinarios.

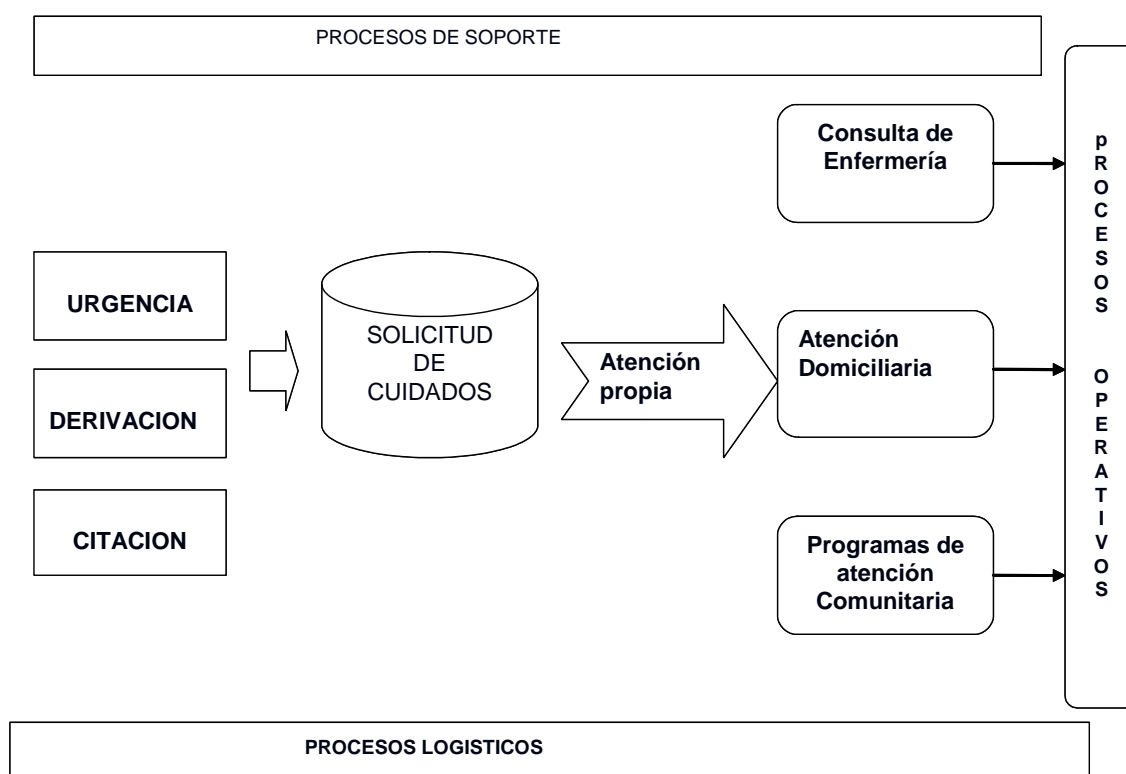
4. COMPETENCIAS DE GESTIÓN DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

- a) Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental.

- b) Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país.
- c) Gestionar los recursos humanos disponibles para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital.¹⁷

3.2.CARTERA DE SERVICIOS

La Enfermería de salud mental en el ámbito comunitario encuadra las intervenciones desde la Demanda de cuidados y la oferta de servicios



¹⁷ BOE-A-2011-9081

CARTERA DE SERVICIOS DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL.

Se entiende Cartera de Servicios al conjunto de servicios que deben responder a necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico- técnicos y en prioridades de política sanitaria. Ha de ser un instrumento dinámico y flexible en tiempo y ámbito que se utiliza para la gestión del trabajo de los profesionales y servirá para:

- Mostrar a la población y a los profesionales la oferta de actividades enfermeras, criterios de derivación o demanda para enfermería
- Proporciona indicadores objetivos para medir la actividad cuantitativa y cualitativamente, o sea definir el producto.
- Proporciona criterios objetivos para organizar y dimensionar recursos

La enfermera especialista de salud mental desarrolla una atención integral hacia la persona y su entorno, con el conocimiento de las Ciencias de la Salud y el aspecto humanista de las Ciencias Sociales. Desde las competencias, recogidas en la orden SPI/1356/2011 de 11 de mayo (BOE, 24 de mayo de 2011), tiene un espacio propio en los centros de Salud Mental (CSMs), **en un modelo comunitario**, con un marco conceptual mediante la aplicación, de metodología de gestión por procesos.

CARTERA DE SERVICIOS: SISTEMA DE VALORACION DE ENFERMERIA, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, Y PLANES DE CUIDADOS: NIC (Clasificación de las Intervenciones Enfermeras Nursing Interventions Classification) , NOC (Sistema de resultados u objetivos esperados)

- Valoración de necesidades de cuidados. Se propone la Valoración por Patrones Funcionales de Salud (Gordon) como guía para la valoración (Ver en Capítulo II).
- Un lenguaje común de identificación de los problemas de cuidados detectados. Se propone la clasificación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (Ver capítulo II: Diagnósticos por dominios).
- Los objetivos o resultados esperados son el instrumento de medición y evaluación del plan de cuidados de Enfermería. Dirigen las intervenciones, planteando primero los resultados que se quieren conseguir. De ellos dependen los indicadores con las escalas de medida para valorar el grado de cumplimiento del objetivo planteado a priori

CARTERA DE SERVICIOS: PLANES DE CUIDADOS ESPECÍFICOS

- Plan de cuidados para personas con ansiedad y estrés.
- Plan de cuidados para la adherencia e implicación en el tratamiento.

- Plan de cuidados para fomentar hábitos saludables.
- Plan de cuidados para problemas del sueño.
- Plan de continuidad para personas con dificultad de control de impulsos.
- Plan de cuidados para mejora de la autoestima.
- Plan de cuidados para personas con patología psiquiátrica residual con necesidad de integración social.
- Plan de cuidados para la atención de problemáticas específicas: riesgo suicida, ideas delirantes, patología dual, trastorno de la conducta alimentaria y alcohol.

CARTERA DE SERVICIOS: TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

- ✓ Protocolos específicos de tratamientos farmacológicos (depot, litio, clozapina, ácido valproico, etc).
- ✓ Técnicas básicas de enfermería. Aplicación de tratamientos.
- ✓ Actividades logísticas (derivaciones, interconsultas, seguimientos en otros servicios, registros administrativos, etc).

La enfermería actúa como gestora de cuidados en el Programa Infanto –Juvenil, Programa de Adultos y Programa de mayores.

PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

- Protocolo encopresis.
- Protocolo enuresis
- Seguimiento de niñas/os con metilfenidato.
- Atención a los trastornos de la conducta alimentaria.
- Grupo de simbolización para niñas y niños de 7 a 9 años con déficit de atención.
- Relajación individual de niños.
- Relajación de adolescentes.
- Grupo de psicoeducación para padres con hijos de cero a ocho años de edad.
- Reunión de coordinación con el equipo infanto-juvenil del C.S.M.
- Coordinación con:
 - CAID, colegios, servicios sociales.
 - Hospital de Día.

PROGRAMA DE ADULTOS

- Intervención en el Trastorno mental grave (T.M.G.). Programa Continuidad de Cuidados.
- Intervenciones en crisis.
- Grupo de ayuda mutua con pacientes (T.M.G)
- Atención domiciliaria.
- Intervenciones comunitarias.
- Apoyo familiar: Individual y grupal.
- Grupo de apoyo.
- Grupo de relajación: Grupo de Autoayuda.
- Grupo de psicoeducación en Trastorno Bipolar: Pacientes y Familias.
- Grupo psicoeducativo de menopausia.

- Grupo psicoeducativo de amas de casa.
- Grupo de psicoeducación: Síndrome metabólico.
- Terapia de apoyo y seguimiento en embarazadas.
- Relajación individual en embarazadas.
- Terapia con alcohólicos:
 - 1) Reducción de daños crónicos.
 - 2) Abstinentes. Grupo de prevención de recaídas.
- Terapia de apoyo en duelos.
- Coordinación con:
 - Recursos de rehabilitación.
 - Servicios Sociales
 - Atención Primaria.
 - Unidad de Día.
 - Hospital de Día.
 - U.H.B.
 - C.A.D.

PROGRAMA DE MAYORES

- Grupo de Relajación a Mayores de 65 años.
- Grupo de psicoestimulación con familiares.
- Grupo – Taller de mejora del sueño.
- Grupo de apoyo. (T. Depresivos, duelo etc.)
- Atención domiciliaria de enfermería.

ACTIVIDADES DOCENTES Y DE INVESTIGACION DE ENFERMERÍA

- En pregrado y postgrado.
- Enfermera Interna Residente (E.I.R.)
- Practicum psicología.
- Estudiantes, 6º de Medicina.
- Sesiones clínicas.
- Participación en proyectos de investigación de las unidades y los hospitales de referencia.

PARTICIPACION EN COMISIONES:

- Asistencia
- Docencia
- Investigación
- Rehabilitación.
- Comisión consultiva de cuidados en la ORCSM.

3.3.LINEAS ESTRATÉGICAS EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.

La formulación de las líneas estratégicas, supone llevar a cabo una serie de acciones que puedan resolver los problemas detectados, siempre y cuando dichos problemas sean abordables en la situación actual de la Unidad de enfermería correspondiente. Contienen todos los objetivos coordinados con los consiguientes planes de acción para conseguir la visión formulada.

Las líneas estratégicas se centran en las siguientes áreas temáticas:

- Organización
- Calidad

Se acuerda desarrollar las siguientes **líneas estratégicas** en los próximos años:

1. Desarrollar la organización del Área de Enfermería de salud mental.
2. Mejorar la calidad asistencial

3.4.OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVOS Línea estratégica 1: Desarrollar la organización del Área de Enfermería de salud mental.

- Mejora de la coordinación e integración de niveles asistenciales.
- Impulsar cambios para la mejora adecuación de los recursos humanos, correspondiendo a las demandas de asistencia
- Implicar a los profesionales en la toma de decisiones que afecten a la Unidad de Enfermería
- Iniciar la cultura de Gestión por Procesos.
- Participar en la planificación sanitaria a todos los niveles.
- Aumentar prestigio social y reconocimiento profesional
- Facilitar apoyo y motivación a los profesionales implicados en el cambio organizacional

OBJETIVOS Línea estratégica 2: Mejorar la calidad asistencial

- Mejorar la calidad de los cuidados, prestando cuidados científicos basados en la evidencia.
- Normalización y estandarización de la práctica asistencial para disminuir la variabilidad de los cuidados y mejorar la gestión de los mismos.
- Implantación de planes de cuidados estandarizados y protocolos, y la revisión y actualización de procedimientos.

- Asegurar la continuidad de los cuidados: protocolos y procedimientos comunes entre atención especializada y primaria.
- Colaboración en la mejora de los sistemas de información.
- Promover la Humanización de la Asistencia.
- Orientación/información al paciente y familia basada en el conocimiento de sus necesidades
- Introducir el pensamiento crítico al servicio del cuidado.
- Liderazgo en calidad de cuidados basada en la correcta realización de todas las actividades
- Implicación de los profesionales partiendo de la motivación personal, participación y formación lo que conllevará una mejora en los servicios prestados

3.5.PLANES DE ACCIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

ACCIONES Línea estratégica 1: Desarrollar la organización del Área de Enfermería de salud mental.

- Comisión consultiva de cuidados de Enfermería en la Oficina Regional de coordinación de Salud Mental. Reuniones mensuales
- Creación de grupos de trabajo como consultores y expertos que realicen guías de actuaciones y generen documentos unificados. Grupos de mejora. Reuniones bimensuales
- Reuniones de coordinación con diferentes niveles, profesionales y asociaciones. Reuniones mensuales
- Incentivar figura de enfermera gestora de cuidados y enlace en la Continuidad de los mismos.
- Presencia de Enfermería de salud mental en las comisiones de planificación/gestión de servicios sanitarios
- Encuentros de Directores de Enfermería de salud mental y supervisores de Psiquiatría en áreas de hospitalización de Madrid. Frecuencia anual
- Realización de comunicados oficiales sobre los consensos establecidos en las reuniones de los grupos de trabajo.

ACCIONES Línea estratégica 2: Mejorar la calidad asistencial

- Cumplimiento de los protocolos de Enfermería establecidos.
- Encuesta de satisfacción con los servicios de enfermería de los CSMs.
- Elaboración de Procedimientos en patologías más frecuentes, implementación y evaluación de los Planes de Cuidados Enfermería.
 - Implementación del Plan de Cuidados de Enfermería Integrado de coordinación entre niveles asistenciales y la red social que garantice la continuidad de cuidados.
 - Seguimiento de protocolos de actuación sobre la base de criterios de enfermería basada en la evidencia

- Realización de Jornadas técnicas de encuentros para estimular y favorecer la formación y la investigación

4. GESTIÓN POR PROCESOS. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1. NECESIDADES MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

En la actividad profesional de la Enfermería de salud mental se encuentra frecuentemente que las personas con enfermedad mental tienen verdaderas dificultades para seguir las prescripciones médicas, los cuidados de enfermería, la asistencia a citas programadas, la toma correcta de los fármacos. Es habitual una sobrevaloración de los efectos secundarios de la medicación, siendo utilizado como justificación de los abandonos. Se objetivan necesidades de apoyo para establecer balances positivos aun contando con los problemas que supone la necesidad de tomar medicación por largos periodos o incluso de por vida.¹⁸

En muchas ocasiones los pacientes se desinteresan por su propia salud y no acuden cuando corresponde a su centro de atención primaria, incluso en situaciones comunes no se cuidan adecuadamente, entendiendo en muchos casos estas situaciones de manera distorsionada.

Es común la presencia de hábitos poco saludables: consumo de tóxicos, alcohol, tabaco. En ocasiones presentan falta de interés en conductas preventivas que los hace más vulnerables a accidentes y problemas de salud.

Habitualmente hay falta de conocimientos en relación con su enfermedad, dificultades para identificar elementos prodrómicos y de pedir ayuda. Presencia de impedimentos para mantener una dieta equilibrada adaptada a su situación, concepciones erróneas sobre la nutrición, desorden y desequilibrio en las comidas, problemas nutricionales por exceso o por defecto. Desinterés y abandono en las consecuencias de la mala nutrición: estado de piel, uñas, cuidado de la boca, estado de las mucosas. Pueden existir problemas de excreción (estreñimiento, etc.), percibidos en muchas ocasiones erróneamente y que disminuyen su calidad de vida.

Los pacientes están, con frecuencia, lejos de integrar en su vida diaria actividades físicas saludables o de ocupación de su tiempo: higiene personal, cuidado de la casa, cocinar, comprar, vestuario adecuado, establecer y mantener actividades formativas, ocupacionales, laborales. Diariamente se encuentran desajustes en el patrón del sueño, que llevan a los pacientes a un consumo, excesivo a veces, de hipnóticos, o a una vivencia angustiosa y desequilibrante de sus problemas de sueño y descanso.

¹⁸ Colomer A J y cols. Guía de cuidados enfermeros en salud mental de Aragón. Servicio Aragonés de Salud

También se constituyen en problemas generalizados la inadecuada interpretación de los elementos de realidad, la disminución de la capacidad de aprendizaje, de resolución de problemas, de integrar las crisis como elementos de crecimiento personal, o directamente problemas de los sentidos.

La mayoría de los pacientes que acuden a los centros de salud mental se sienten poco valiosos o con dificultades de mantener su autoestima. Tienen creencias sobre sí mismos que dificultan o interfieren en su calidad de vida.

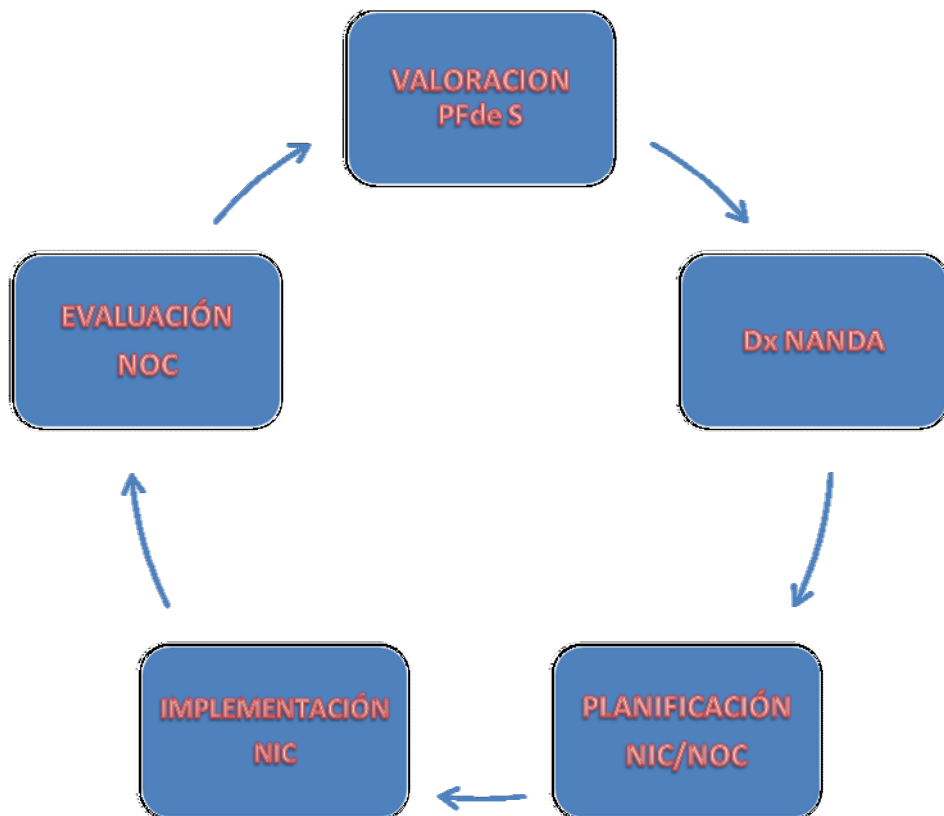
Las relaciones tanto en el núcleo familiar como en el de pertenencia, se afectan notablemente. Las familias se constituyen en el principal cuidador y necesitan intervenciones de los profesionales tanto en los aspectos relativos al aumento de conocimientos sobre la enfermedad como estrategias para aumentar la capacidad de contención. Aparecen sensaciones de soledad, dificultades de establecer y mantener relaciones, participar en colectivos sociales, asistir a programas formativos, mantener o buscar empleo y manejar del dinero.

En este ámbito, destacan a su vez, las opiniones y creencias de las comunidades de pertenencia de los pacientes sobre las enfermedades mentales y cómo tratarlas. La educación sanitaria de las poblaciones en materia de salud mental, el seguimiento de los problemas de convivencia de los pacientes en su entorno y las intervenciones de cuidados, van a determinar en muchos casos el que los pacientes y sus familias convivan con relativa tranquilidad sin necesidad de separar a las personas con enfermedad mental de su medio habitual.

Es también frecuente la afectación de la sexualidad en los pacientes, pocos recursos para afrontar situaciones estresantes de la vida cotidiana, escasas habilidades sociales, respuestas desorganizadas ante acontecimientos de la realidad, o simplemente, incapacidad de controlar y manejar situaciones.

4.2.EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A continuación se expone de manera grafica los pasos a seguir en el Proceso de Atención de Enfermería de salud mental.



Marco conceptual del proceso

➤ Se considera un proceso cualquier actividad realizada por una organización que consuma recursos estructurales y tenga por finalidad obtener un bien o un servicio con valor añadido y dirigido a un destinatario.

➤ Procesos claves: Son los procesos enfermeros desde donde parten los procesos operativos conformando interfases organizativas necesarias para añadir valor a la actividad que se realiza directamente con los pacientes: Así los procesos clave de Enfermería en los Centros de salud mental son:

- a. Consulta de enfermería.
- b. Atención domiciliaria.
- c. Intervenciones Comunitarias. Se nutren de intervenciones independientes o autónomas

LOS CRITERIOS QUE DETERMINAN EL PROCESO SON:

- La actividad debe ser entendida, es decir, poder describirse su misión o propósito de forma clara.
- La actividad debe contener *inputs/outputs*: poder identificar al usuario y proveedores que interactúan, productos intermedios y final.
- La actividad debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
- Puede ser estabilizada mediante la aplicación de metodología de gestión por procesos.
- Ha de poderse asignar responsabilidad.

4. 3. PROCESOS DE ENFERMERÍA SEGÚN SU ACTIVIDAD: PROCESOS CLAVES Y SUBPROCESOS OPERATIVOS

4.3.1 PROCESO CLAVE: CONSULTA DE ENFERMERÍA:

MISION:

- Constituye la provisión de cuidados al usuario y comunidad bien por demanda directa o programada.
- Se presenta como un Proceso (en este caso de Enfermería), donde se recoge y se ofrece información y se aportan cuidados.
- El eje central de su actividad es el usuario, quien recibe los servicios necesarios según sus necesidades: biológicas, psicológicas y sociales.
- Desde la perspectiva enfermera, la evidencia en la práctica clínica de cuidados basada en diagnósticos enfermeros.

FUNCIONES:

- De acompañamiento: Función de presencia, comprensión, apoyo emocional, escucha etc.
- Educativa: Información, formación, docencia práctica y teórica, educación para la salud.
- De empuje: Fomento de los autocuidados, socialización, desarrollo de actividades.
- De apoyo: Trabajo en el contexto sociofamiliar relacional, ayuda y soporte al cuidador informal.
- De fomento: En la “elaboración” de los aspectos cognitivos y afectivos; prejuicios, valoraciones distorsionadas, condicionamiento por el pasado.
- De gestión y seguimiento: De cuidados, coordinación, recursos, gestión de casos; protocolos y procedimientos de Enfermería en tratamientos farmacológicos; valoración de efectos secundarios; control de síntomas.

OBJETIVO GENERAL

- Proveer cuidados integrales, individualizados y especializados a los pacientes adscritos a la Consulta de Enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Provisión de cuidados individualizados al paciente y/o familia a través del Proceso de Atención de Enfermería.
- Establecer una relación interpersonal enfermera/paciente que garantice un servicio personalizado.
- Promover la adherencia al tratamiento garantizando la posología.
- Mejorar la calidad de vida y promover la autonomía.
- Efectuar seguimiento y evolución del paciente.
- Informar y educar al paciente y familia en la promoción de la salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA CONSULTA:

- Recepción y/o acogida del paciente y/o familia.
- Valoración funcional del paciente (Patrones Funcionales de Salud)
- Valoración de autocuidados (hábitos alimenticios, higiene, eliminación, etc.)
- Valoración de síntomas. Detectar pródromos.
- Valoración de signos vitales.
- Procedimientos técnicos.
- Elaboración e implementación del Plan de Cuidados.
- Procedimientos técnicos: Analíticas, protocolos médicos, tratamientos farmacológicos.
- Proveer medicación de largo tratamiento.
- Derivación, cuando proceda, al médico, enfermera, trabajador social.
- Coordinación con los diferentes dispositivos.

EVALUACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA. Metodología

- La derivación de pacientes se realizará con un Informe Clínico elaborado por el facultativo referente y con un informe de Alta de Enfermería, si procede, elaborado por el enfermero adscrito al paciente.
- La periodicidad en el seguimiento se establecerá en función de las necesidades de cada paciente y/o coincidiendo con la posología del tratamiento depot.
- Atendiendo a las peculiaridades de cada caso, se determinará el seguimiento en Consulta de Enfermería y en el domicilio del paciente o Continuidad de Cuidados.
- Para llevarlo a cabo se requieren los siguientes recursos materiales y humanos:
 - Disposición espacio y tiempo para realizar la consulta

- Despacho para acoger al paciente y/o familia, provisto de elementos necesarios para la prestación de cuidados. Esto es imprescindible para garantizar una atención personalizada y donde la confidencialidad quede asegurada.
- El tiempo estimado dependerá si la atención es en agenda como:

- Paciente nuevo: Valoración inicial, 40 minutos
- Valoración para el protocolo continuidad de cuidados : 60 minutos
- Consulta de seguimiento: 20 minutos.

- También se precisa la adscripción de una enfermera para llevar a cabo los objetivos, con tiempo suficiente para la atención al paciente y familia en la consulta y atención domiciliaria (el tiempo dedicado a esta actividad variará en función de la lejanía o proximidad del domicilio y en función de la actividad a desarrollar.
- Sesiones de enfermería clínica y otras actividades de formación en Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental
- Los contenidos que se abordan para el desarrollo de la Consulta vienen determinados por el Proceso de Atención de Enfermería, según el estándar de Cuidados de Enfermería en los trastornos mentales severos. Por el desarrollo de los objetivos planteados y por las necesidades manifestadas por el paciente y/o familia.
- Por todo ello se lleva a cabo un registro (Historia de enfermería)

CRITERIOS PARA VALORAR LA EFICACIA:

- Grado de satisfacción subjetiva del paciente y/o familia en relación a la consecución de los objetivos definidos.
- Grado de satisfacción subjetiva de los profesionales implicados.
- Número de pacientes adscritos a la Consulta.
- Grado de cumplimiento de las citas del paciente y/o familia.
- Número de consultas totales realizadas.
- Número de visitas domiciliarias realizadas y tiempo total empleado.
- Numero de interconsultas enfermeras llevadas a cabo.
- Numero de sesiones de Enfermería clínica y otras actividades de formación realizadas.
- Numero de planes de enfermería implementados.
- Numero de enfermeras adscritas a la Consulta

4.3.2. PROCESO CLAVE: ATENCIÓN DOMICILIARIA

El modelo de atención domiciliaria pretende ser un proceso de atención continuada, integral y multidisciplinario que solventa la necesidad asistencial temporal o permanente cuando la persona presente una incapacidad física y/o funcional o presente algún factor psicosocial que dificulte su accesibilidad para desplazarse al centro de salud mental.

Para desarrollar este tipo de asistencia es fundamental la elaboración de protocolos concretos que perfilen las funciones y tareas a desarrollar por los distintos profesionales que

intervienen, así como criterios de inclusión y exclusión, detección de casos y el circuito de demanda, así como los sistemas de coordinación con Atención Primaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DOMICILIARIA

- Recepción y/o acogida del paciente y/o familia.
- Valoración funcional del paciente (Patrones Funcionales de Salud)
- Valoración de autocuidados (hábitos alimenticios, higiene, eliminación, etc.)
- Valoración de signos vitales
- Valoración de la actitud del paciente y /familia ante el proceso salud/enfermedad
- Recogida de síntomas positivos y negativos. Detectar pródromos.
- Valorar ocupaciones (actividades) y empleo del tiempo libre
- Valorar el nivel de socialización
- Valorar el uso que hace el paciente y familia de los recursos/servicios sanitarios y sociales
- Elaboración de los planes de cuidados
- Contemplar la necesidad permanente de la educación para la salud
- Procedimientos técnicos: analíticas, protocolos médicos
- Administrar tratamientos farmacológicos
- Proveer medicación de largo tratamiento
- Derivación, cuando proceda al médico, enfermero, trabajador social etc.
- Coordinación con los diferentes dispositivos socio-sanitarios
-

4.3.3. PROCESO CLAVE: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA:

- Se pretende acercar los servicios a la comunidad adaptándolos a las necesidades de la persona y evitando el distanciamiento familiar y comunitario.
- Trata de establecer un contacto mucho más frecuente tanto con el enfermo, como con la familia, responsabilizándose de la medicación, de la salud física y sobre todo de la continuidad de cuidados.
- Los programas de intervención comunitaria pretenden la coordinación con otros servicios asistenciales para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros tipos de servicios que ofrecen atención médica y psiquiátrica, alojamiento, rehabilitación, defensa de los derechos, actividades de ocio y recreo.
- Se procura la estabilización de la crisis proporcionando servicios de apoyo de continuidad ilimitada a través de alianzas terapéuticas donde la enfermera es responsable de proveer “cuidados terapéuticos básicos” y también organizar referencias de otros terapeutas.
- Facilitar el acceso al abanico de servicios que requiere el paciente.

PROGRAMAS ESPECIFICOS

- Grupos de pacientes con TMG en tratamiento con antipsicóticos atípicos de larga duración (adherencia y cumplimiento terapéutico, manejo de síntomas)

- Programas psicoeducativos: actividades de la vida diaria, autocuidado, afrontamiento: técnicas de resolución de problemas.
- Programas de psicogeriatría
- Programas de Relajación
- Programas de reeducación y mantenimiento del nivel cognitivo
- Programas sobre la alteración del mantenimiento de la salud (consumo de tóxicos, prevención de recaídas etc.)
- Participación en Programa de coordinación con Atención primaria
- Seguimiento de manejo de medicación y ABVDs en el domicilio
- Programa de continuidad de Cuidados y Rehabilitación
- Coordinación con otros recursos asistenciales , sociosanitarios, sociales
- Apoyo familiar , individual y grupal
- Programa infantojuvenil

4.4.EVALUACIÓN DEL SERVICIO ENFERMERO

Un servicio enfermero puede ser acreditado:

- Si tiene adaptado un método de VALORACION de necesidades de cuidados (patrones funcionales)
- Si formula los problemas detectados mediante taxonomía diagnóstica NANDA
- Si tiene propuesta de objetivos consensuados con el paciente para la atención de sus necesidades; PLAN INDIVIDUALIZADO, que incluya CRITERIOS DE RESULTADOS
- Si dispone de una estructura de PLANES DE CUIDADOS estandarizados para los cuidados más prevalentes
- Si EVALUA todas las fases del proceso Proceso Enfermero(PE)
- Si dispone de un elemento de comunicación como es el INFORME DE ENFERMERIA.

4.5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN COMO SOPORTE A LA GESTIÓN CLÍNICA: TECNOLOGÍA

En los Centros de Salud mental de la Comunidad de Madrid, existen diferentes sistemas informáticos para la realización del trabajo. En el caso de la Enfermera de salud mental, se evidencia la variedad de acceso a agendas en la Enfermería, dándose el caso de lugares donde aun no se tiene acceso a servicio de agenda informatizada, estando actualmente en proceso de implantación.

Con respecto a las prestaciones que se han incluidos en las agendas informatizadas, a continuación se expone el tiempo estándar establecidos. :

PRESTACIONES SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	Tiempo estándar
ADULTOS CONSULTA NUEVA MÉDICO PSIQUIATRA	45'
ADULTOS SUCESIVA MÉDICO PSIQUIATRA	20'
INFANTIL CONSULTA NUEVA MÉDICO PSIQUIATRA	60'
INFANTIL SUCESIVA MÉDICO PSIQUIATRA	30'
ADULTOS CONSULTA NUEVA PSICÓLOGO CLÍNICO	45'
INFANTIL CONSULTA NUEVA PSICÓLOGO CLÍNICO	60'
EVALUACIÓN INICIAL (*)	40'
PROTOCOLO o MEDICACIÓN (*)	15'
EVALUACIÓN INICIAL PROGRAMA CONTINUIDAD CUIDADOS (*)	60'
SEGUIMIENTO (*)	20'
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	40'
TERAPIA GRUPAL	90'
TERAPIA FAMILIA/PAREJA	60'
EXPLORACIÓN PSICODIAGNÓSTICA ESTÁNDAR	60'
EXPLORACIÓN PSICODIAGNÓSTICA ABREVIADA	30'
VISITA DOMICILIARIA	120'

(*) Enfermería de salud mental

CAPITULO II:

MANUAL PARA EL DESARROLLO Y REGISTROS DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS.

CATALOGO DE INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL

5. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.

Los procedimientos constituyen una guía de acción específica que junto con la misión, visión, valor, metas, objetivos, políticas, filosofía, aspectos fuertes y débiles, propósitos, producción y finanzas conforman el Proceso de Planificación Estratégica en la gestión y dirección de enfermería, y constituyen los instrumentos de planificación. **Los procedimientos** tienen un cometido claro para la práctica clínica. En los procesos operativos enfermeros forman parte como herramienta complementaria a los cuidados independientes, de manera que se hace necesario definir y estandarizarlo en aras a una mejor gestión de la variabilidad en la práctica clínica.

La aplicación de **Técnicas y Procedimientos**, consiste en administrar al paciente con destreza y precisión, las tareas enfermeras necesarias para *facilitar el diagnóstico, seguir la evolución de su enfermedad, y garantizar sus necesidades terapéuticas*.

Un protocolo es establecer una metodología, que sirve como norma o guía para abordar un proceso; el protocolo está en relación con el tipo de proceso operativo que tomemos de referencia. Trata de ordenar las decisiones clínicas y va a constituir la herramienta que se va a aplicar a la toma de decisiones clínicas para el diseño de una ruta asistencial: sin olvidar que un protocolo es un documento de consenso.

Para la organización de enfermería son:

Guías clínicas: Son protocolos multidisciplinares que recogen los diagnósticos y terapias propuestas por los estamentos médico, enfermero, psicólogo, administrativo, social, etc., se confeccionan para procesos multidepartamentales y se dirigen a grupos homogéneos de pacientes clasificados por diagnósticos médicos.

Planes de cuidados estandarizados integrados: Son protocolos que contienen las necesidades de cuidados de grupos de pacientes sin solución de continuidad entre el hospital y el centro de salud.

Planes de cuidados individualizados. Son intervenciones en los procesos enfermeros donde el plan es único e inequívoco para un usuario a partir de la valoración efectuada por el profesional de enfermería. Se realizan en todos los ámbitos de atención de enfermería: hospital general, centro de salud mental, hospital de día, etc. También pueden contener variantes individuales, fundamentalmente en los casos que haya que gestionar una comorbilidad o complicación asociada que necesite cuidados de enfermería.

El procedimiento exige un formato en el que se tenga en cuenta: la definición, el propósito, los materiales necesarios y cómo localizarlos, la solicitud y la eliminación, las fases a seguir en el procedimiento, los resultados esperados, las precauciones a tomar, las implicaciones legales, las responsabilidades del médico, la enfermera y el paciente, revisión en el tiempo establecido anotando los cambios, ser realistas y sencillos de comprender.

La metodología para implementarlo se ha realizado creando grupos específicos dentro de la Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Se trata de validar y aprobar, pero sobre todo, para

la futura implantación, seguimiento y gestión de los mismos, en los distritos y dispositivos sanitarios.

Existe una relación diferente entre **Técnicas y Procedimientos y Protocolos** a la hora de abordar su confección para que formen parte del presente Manual de Procedimientos. Cuando se va a confeccionar un procedimiento, es oportuno tener una actitud interrogativa que nos ayude a determinar qué trabajo se realiza, cuando, dónde y cómo debe hacerse. Cuestionarnos algunas preguntas:

- ¿Cuál es el propósito del procedimiento de enfermería?
- ¿Necesita llevarse a cabo? ¿puede suprimirse?
- ¿Quién realiza el trabajo? ¿Puede hacerlo mejor otro profesional? ¿Existe duplicación?
- ¿Pueden combinarse dos o más actividades?
- ¿Se dispone de recursos para llevarlo a cabo?
- ¿Mejorará el procedimiento si se modifica la secuencia temporal?

El presente trabajo se enuncia una vez contestadas todas estas preguntas.

Con lo anteriormente expresado, **el presente Manual de Procedimientos pretende:**

- Servir de modelo para la elaboración de protocolos y procedimientos en Enfermería de salud mental de Madrid
- Iniciar la cultura de gestión por procesos, añadiendo a la praxis visión de Gestión Clínica incorporando su cultura a la práctica asistencial
- Mejorar la calidad asistencial de las actuaciones enfermeras de Salud Mental.
- Aumentar la eficacia de nuestras acciones.
- Consolidar la organización y el trabajo de Enfermería de Salud mental de la Comunidad de Madrid.
- Homogeneizar las prácticas profesionales en Salud Mental.
- Servir como marco de referencia a los trabajadores y alumnos de enfermería de la Red.
- Que el eje central de la actividad paciente/familia reciban los servicios de atención y cuidados según sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales definidas mediante valoración/evaluación integral, interdisciplinar y científica.
- Ofrecer una Cartera de Servicios en la Enfermería de salud mental del ámbito comunitario

Objetivos de los Planes de cuidados, protocolos, o procedimientos:

- Facilitar a otros profesionales el reconocimiento de servicios que ofrece enfermería.
- Cumplir con uno de los criterios básicos para la acreditación docente de los dispositivos.
- Facilitar la adaptación de otros enfermeros.
- Ofrecer información sobre la *cartera de servicios* que ofrece enfermería.
- Dar respuestas resolutivas en los espacios de intervención y ofrecer cuidados de calidad.

Metodología:

Requisitos para el diseño de los Planes de Cuidados:

1. Problemática del paciente basado en los patrones funcionales de salud.

2. Causas o factores que contribuyen a la disfunción de los patrones.
3. Objetivos terapéuticos.
4. Enumeración de diagnósticos de enfermería y factores relacionados.
5. Actividades propias. Recomendaciones.

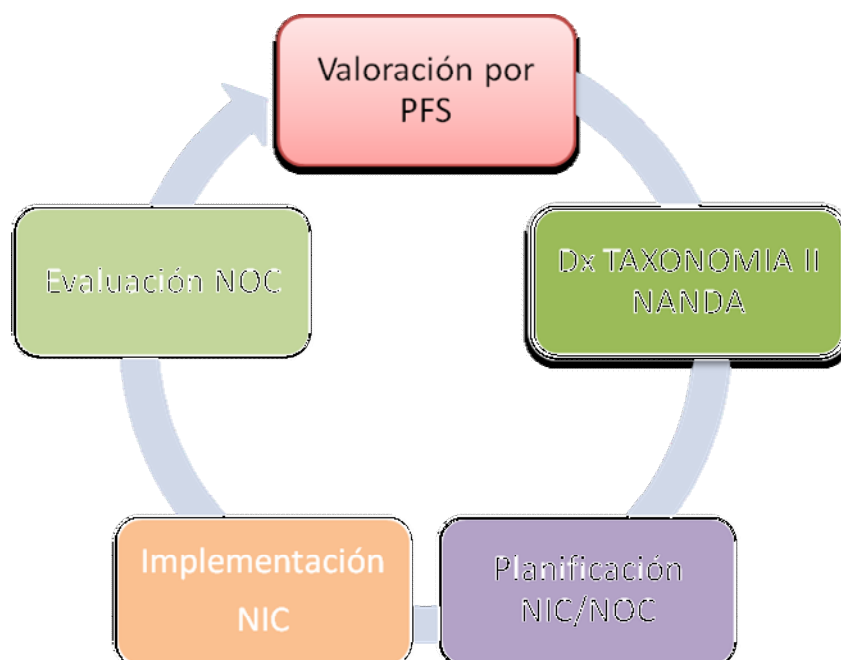
Requisitos para el diseño de Protocolos generales de actuación y guías de información específica:

- Definición y justificación
- Finalidad y objetivos de protocolo
- Perfil de usuario
- Plan de intervención
- Procedimiento y Guía de Información
- Actividades
- Recursos

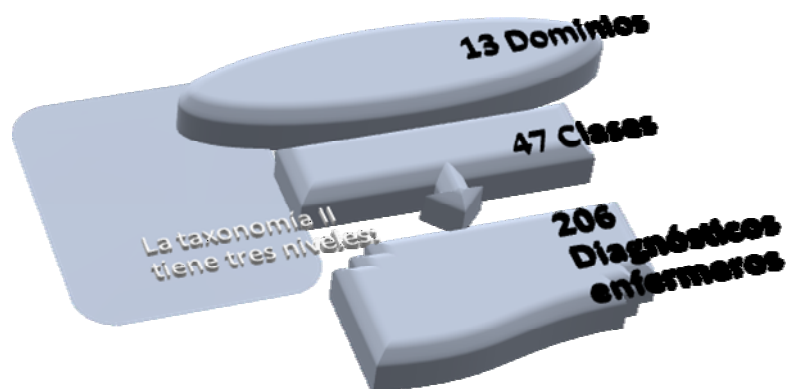
5.1. PROCESO DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

A continuación se exponen de manera, los pasos a seguir en el Proceso de Enfermería de Salud Mental:

PROCESO DE ORGANIZACIÓN DINAMICA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS



ESTRUCTURA DE LA TAXONOMIA II DE NANDA



ESTRUCTURA PARA LA REALIZACION DE UN DIAGNOSTICO ENFERMERO SEGÚN LA TAXONOMIA

ESTRUCTURA DE UN DX ENFERMERO SEGÚN LA TAXONOMIA

- ▶ 1-Se usa cuando se produce un cambio en una conducta funcional desde un patrón que mantenía la salud hacia otro que actúa negativamente en ella.
- ▶ 2-Se usa cuando podemos afirmar que cierta conducta funcional está alterada de tal forma que radica en lo opuesto a lo saludable totalmente.
- ▶ 3-Es lo que equivaldría a un diagnóstico de riesgo (posibilidad de un cambio adverso o posibilidad de un cambio en su estado de bienestar).

CALIFICATIVO DIAGNOSTICO

- 1-Alteración de....
- 2-Disfunción de
- 3-Alteración potencial de

Conducta funcional

ETIOLOGIA

- Factores personales
- Factores interpersonales
- Factores intrapersonales

EL DIAGNOSTICO ENFERMERO ES LA CONCLUSIÓN DE LA VALORACIÓN Y CONSTRUCCIÓN QUE PERMITE DISEÑAR EL PLAN DE CUIDADOS MEDIANTE LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN, LA INTERPRETACIÓN Y LA PLANEACION SISTEMATICA DE CUIDADOS

NOTAS PARA LA ENFERMERA

5.2. VALORACIÓN FUNCIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

DATOS GENERALES

FECHA

Nombre:.....
Edad:.....
Estudios: Situación laboral:
Convive con:.....
Dº médico:.....
Tratamiento:.....
Comienzo y evolución de la enfermedad:.....
Enfermedades psiquiátricas familiares:.....
Enfermedades físicas y su tratamiento.
Alergias:.....
Actitud en la entrevista:.....
T. A:..... F. C:

PATRÓN 1: Percepción –Manejo de la salud

Actitud frente a su enfermedad: Aceptación ☐ Indiferencia ☐ Rechazo ☐ Sobrevaloración ☐

- Conciencia de enfermedad:SI ☐ NO ☐ Parcial ☐
- Conoce su tratamiento:.....SI ☐ NO ☐
- Cumplimiento del tratamiento prescrito: .SI ☐ NO ☐
- Autonomía:SI ☐ NO ☐

Hábitos tóxicos:Tabaco ☐ Alcohol ☐ Otros ☐.....

Acude a consultas por su patología física: SI ☐ NO ☐ ☐ irregular ☐

- Acude a su dentista:.....SI ☐ NO ☐
- Acude a revisiones ginecológicas:SI ☐ NO ☐

Cuidado de su aspecto (vestido, arreglo personal):

- Adecuado ☐ Extravagante ☐ Descuidado ☐ Otros ☐
- Higiene personal:.....Adecuada ☐ Deficiente ☐
- Higiene bucal:.....Adecuada ☐ Deficiente ☐
- Otros:

PATRÓN 2: Nutrición -metabolismo

Peso:..... Talla: IMC:

Apetito:.....Normal ☐ Aumentado ☐ ☐ Disminuido ☐

Cantidad ingerida: .Normal ☐ Aumentada ☐ ☐ Disminuida ☐

- N° de veces que come al día, horarios:.....
- Ingesta hídrica/ hidratación:.....

Actitud frente a la comida: Impulsiva ☐ Caprichosa ☐ ☐ Obsesiva ☐

Otras ☐

Relación consumo /gasto:.....

Cambios en el peso:.....

- Actitud frente a su peso:.....

Alergias, intolerancias:.....

PATRÓN 3: Eliminación

Eliminación intestinal: frecuencia:..... Control ☐ Uso de laxantes ☐

Eliminación vesical: frecuencia:..... Control ☐

Sudoración:Normal ☐ Aumentada ☐ ☐ Olor ☐

Menstruación: (ver patrón sexualidad)

PATRÓN 4: Actividad- Ejercicio

Comportamiento motor: Adecuado ☐ ☐ Inquieto ☐ Inhibido ☐ Agitado ☐
Desinhibido ☐ Estereotipias ☐ ☐ Tics ☐ S.E.P ☐

Problemas en la movilidad, uso de ayuda ortopédica:

Ejercicio físico: Regularidad:..... Sedentarismo ☐

▪ Tipo de ejercicio:

Actividades de ocio y tiempo libre:.....

Tareas domesticas que realiza.....

Nivel de iniciativa:.....

Manejo del entorno: Autonomía total ☐ Autonomía parcial ☐ Dependencia total ☐

Higiene, frecuencia:.....

PATRÓN 5: Sueño-descanso

Horas de sueño nocturno: **Diurno:**.....

Alteraciones del sueño:Al inicio ☐ Pesadillas ☐ ☐ Interrumpido ☐
☐ Somnolencia diurna ☐ Despertar temprano ☐

Factores que alteran el sueño: Café ☐ Horarios desorganizados ☐ Bebidas estimulantes ☐
Otros problemas ☐

Uso de medicación para dormir:.....

▪ Sensación al despertar:.....

PATRÓN 6: Cognitivo-perceptual

Orientación en el TIEMPO:.....Normal ☐ Alterada ☐

“ en el ESPACIO:.....Normal ☐ Alterada ☐

“ de la PERSONA:.....Normal ☐ Alterada ☐

Nivel de conciencia y actitud frente al entorno:.....Normal ☐ Hipervigilante ☐
Distraído ☐ Fluctuante ☐ Somnoliento ☐ Confuso ☐

Alteración en la memoria:.....Reciente ☐ Remota ☐

Alteraciones sensoperceptivas:.....SI ☐ NO ☐

▪ Tipo:.....Auditivas ☐ Visuales ☐ Olfativas ☐ Otras ☐

Pensamientos

▪ Contenido: Coherente ☐ Incoherente ☐ Organizado ☐
Desorganizado ☐ Disgregado ☐ Delirante ☐

▪ .Curso:Normal ☐ Bloqueos del pensamiento ☐ Acelerado ☐ ☐ Lento ☐

Lenguaje:Normal ☐ Obsesivo ☐ Habla poco ☐

Lento ☐ Acelerado ☐ Habla mucho ☐

Atención:Normal ☐ Fluctuante ☐ Híper vigilante ☐ ☐

PATRÓN 7: Autopercepción – autoconcepto

Auto descripción de sí mismo:.....
.....

Sentimientos respecto a sí mismo y sus capacidades:

Inferioridad ☐ Rabia ☐ Culpa ☐ Inutilidad ☐ Tristeza ☐
Impotencia ☐ Satisfacción ☐ Otros ☐

Percepción de la imagen corporal: Aceptada ☐ Rechazada ☐

Correspondencia entre su autopercepción y sus capacidades reales:

Ajustada a la realidad ☐ Sobrevaloración ☐ Exageración de errores y limitaciones ☐

Percepción de exigencias o presiones:.....

Conductas agresivas y otras alteraciones: ☐

Heteroagresividad ☐ ☐ Ideas de suicidio ☐ Autoagresividad ☐
Intentos autolíticos ☐ ☐ Otras ☐

Intereses personales:

PATRÓN 8: Rol- relaciones**Nivel de independencia:**

▪ Física:.....SI ☐ NO ☐ ▪ Psicosocial:.....SI ☐ NO ☐
▪ Económica:.....SI ☐ NO ☐ ▪ Incapacidad civil:..SI ☐ NO ☐

Familia, estructura y roles familiares:.....
.....
.....

Relación con la familia (sentimientos):.....

Dificultades:.....

Papel que desempeña:

Sensación de apoyo:...SI ☐ NO ☐

Respuesta de la familia ante la enfermedad del paciente: ☐

Culpa ☐ Desinterés ☐ Rabia ☐ Ansiedad ☐
Agresividad ☐ ☐ Preocupación ☐ Sobreprotección ☐ Apoyo eficaz ☐

Conoce el familiar la enfermedad y su tratamiento: SI ☐ NO ☐

Tareas domésticas que realiza:.....

Personas más significativas y Tº que pasa con ellas

Pertenencia a grupos sociales:..... SI ☐ NO ☐

Dificultades en sus relaciones sociales: SI ☐ NO ☐ ¿de qué tipo?.....

Relación con los profesionales de la salud:.....

Trabajo: Rol que desempeña:.....

▪ Grado de satisfacción:.....
▪ Relación con los compañeros:.....

Incapacidad laboral:.....SI ☐ NO ☐ Pensión ☐

PATRÓN 9: Sexualidad-Reproducción

Valoración de su actividad sexual: Satisfactoria ☐ Insatisfactoria ☐ Indiferente ☐

Cambios en las relaciones sexuales: Libido ☐ Frecuencia ☐ Satisfacción ☐

▪ Sentimientos frente a los cambios:.....

Problemas con su identidad sexual:.....

Medios anticonceptivos:.....

Menstruación:

▪ Ciclo menstrual:.....Regular ☐ Irregular ☐

▪ Alteraciones:.....Amenorrea ☐ Dismenorrea ☐ ☐ Otras ☐.....

▪ Menopausia:.....SI ☐ NO ☐

Otros problemas:.....

PATRÓN 10: Adaptación-tolerancia al estrés

Ansiedad:SÍ, moderada ☐ SÍ, grave ☐ NO ☐

Desencadenantes posibles de estrés:.....

Sentimientos que aparecen: ☐ Rabia ☐ Impotencia ☐ Tristeza ☐

Frustración ☐ Otros ☐

Estrategias de control-adaptación: Agresividad ☐ ☐ Hiperactividad ☐ Evitación ☐ ☐

Inhibición ☐ ☐ Alcohol ☐ Somatización ☐

Efectividad de las estrategias:.....Control ☐ Control parcial ☐ Ineficacia ☐

Duelo:SI ☐ NO ☐

PATRÓN 11: Valores y creencias

Valores y creencias habituales en su historia personal y familiar:.....

Importancia de estos valores:.....

Metas personales:.....

Practicante de alguna religión:.....

Creencias acerca de la enfermedad:.....

Enfermera referente

6. DIAGNÓSTICOS NANDA II SEGÚN DOMINIOS / VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON EN SALUD MENTAL

A continuación se expone el desarrollo de los diagnósticos más frecuentes para la Enfermería de salud mental, utilizando la Taxonomía Nanda II, clasificados desde los 13 dominios y ubicados desde los patrones funcionales de la valoración inicial.

DOMINIO		DIAGNOSTICO	PATRON FUNCIONAL ALTERADO	AUTORES
N° 1	PROMOCION DE LA SALUD	00078 "GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD"	1 PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD	Dña. Carmen Castelo
		00080 "GESTION INEFICAZ DEL REGIMEN TERAPEUTICO FAMILIAR"		
		00099 "MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD"		
		00098 "DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR."		
		00193 "DESCUIDO PERSONAL"		
N° 2	NUTRICION	N° 00001 "DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: Ingesta superior a las necesidades"	2 NUTRICIONA L - METABOLICO	Dña. Araceli Rosique D. Julián Sánchez
		N° 00002 "DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: Ingesta inferior a las necesidades"		
		N° 00003 "RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: Ingesta superior a las necesidades"		
		N° 00026 "EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS"		
		N° 00027 "DÉFICIT DE VOLÚMEN DE LÍQUIDOS."		
		N° 00028 "RIESGO DE DÉFICIT DE VOLÚMEN DE LÍQUIDOS"		
N°3	ELIMINACION/ INTERCAMBIO	N° 0016 "DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA"	3 ELIMINACION	Dña. Mónica Moran
		N° 0014 "INCONTINENCIA FECAL"		
		N° 0015 "RIESGO DE ESTREÑIMIENTO"		

DOMINIO		DIAGNOSTICO	PATRON FUNCIONAL ALTERADO	AUTORES
Nº 4	ACTIVIDAD/ REPOSO	Nº 00095 “INSOMNIO”	5 DESCANSO - SUEÑO	Dña. Grace Cañizares
		Nº 00085. “DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA”	4 ACTIVIDAD - EJERCICIO	Dña. Ana Barragán
		Nº 00097. ”DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS		
		Nº 00102. ”DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN”		
		Nº 00108. ”DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/ HIGIENE”		
		00109. ”DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ ACICALAMIENTO		
		Nº 00093. “FATIGA”		
		Nº 0092 “INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD”		
Nº 5	PERCEPCION/ COGNICION	Nº 00127 “SINDROME DE DETERIOR DE LA INTERPRETACION DEL ENTORNO”.	6 COGNITIVO - PERCEPTUAL	Dña. Marisa Luna Dña. Eva Almazán
		Nº 00122 “ TRASTORNO DE LA PERCEPCION”		
		Nº 00051. “DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL”.		
		Nº 00131 “ DETERIORO DE LA MEMORIA”		D. Roberto Izquierdo
		Nº 00184 “DISPOSICION PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES “		
		Nº 00199 “PLANIFICACION INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES “		
Nº 6	AUTOPERCEPCION	Nº 00124 “DESESPERANZA”	7 AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO	Dña. Pilar Caminero
		Nº 00054 “ RIESGO DE SOLEDAD”		
		Nº 00119 “BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA”		
		Nº 00120 “BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL”		
		Nº 00118 “TRASTORNO IMAGEN CORPORAL”		

DOMINIO		DIAGNOSTICO	PATRON FUNCIONAL ALTERADO	AUTORES
Nº 7	ROL/ RELACIONES	Nº 00061 “CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR”	8 ROL - RELACIONES	Dña. Carmen Castelo
		Nº 00063 “PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES”		
		Nº 00055 “DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL”		
		Nº 00052 “ DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL”		
Nº 8	SEXUALIDAD	Nº00059”DISFUNCIÓN SEXUAL.”	9 SEXUALIDAD - REPRODUCCION	Dña. Marisa González
		Nº00065. ”PATRÓN SEXUAL INEFICAZ.”		
Nº 9	AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA DEL ESTRES	Nº 00141 SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	10 ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRES	Dña. Marisa Luna Dña. Grace Cañizares
		Nº 00071 AFRONTAMIENTO DEFENSIVO		
		Nº 00146 “ANSIEDAD”		
		Nº 00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO		
		Nº 00069 “AFRONTAMIENTO INEFICAZ”		
		Nº 00135 “DUELO COMPLICADO”		
Nº 10	PRINCIPIOS VITALES	Nº 00068. ”DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL.”	11 VALORES - CREENCIAS	Dña. Julia Merchán D. Roberto Izquierdo
		Nº 0066. ”SUFRIMIENTO ESPIRITUAL.”		
		Nº 00067. “RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL”		
		Nº 00083. “CONFLICTO DE DECISIONES”		
		Nº 00185. “DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA”		

DOMINIO		DIAGNOSTICO	PATRON FUNCIONAL ALTERADO	AUTORES
Nº 11	SEGURIDAD/ PROTECCION	Nº 00035 « RIESGO DE LESION»	1 PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD	Dña. Carmen Castelo
		Nº 00139 «RIESGO DE AUTOMUTILACION»		
	Nº 00151 « AUTOMUTILACION»			
	Nº 00138 « RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS»			
	Nº 00150 «RIESGO DE SUICIDIO»			
Nº 12	CONFORT	Nº 00133. "DOLOR CRÓNICO."	6 COGNITIVO - PERCEPTUAL	Dña. Isabel Sahuquillo
		Nº 00134. "NAUSEAS."	2 NUTRICIONAL - METABOLICO	
		Nº 00183. "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT."	6 COGNITIVO - PERCEPTUAL	
		Nº 00214. "DISCONFORT."		
		Nº 00053. "AISLAMIENTO SOCIAL."	8 ROL - RELACIONES	
Nº 13	CRECIMIENTO/ DESARROLLO	Nº 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"	3 ELIMINACION 8 ROL - RELACIONES 10 ADAPTACION - TOLERANCIA	Dña. Mónica Morán

DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dña. Carmen Castelo Sardina

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado nº 1
"PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 1 : PROMOCION DE LA SALUD

CLASES: 1- Toma de conciencia de la salud

CLASES: 2- Gestión de la salud

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00078 "GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD"
- 00080 " GESTION INEFICAZ DEL REGIMEN TERAPEUTICO FAMILIAR"
- 00099 " MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD"
- 00098 " DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR."
- 00193 "DESCUIDO PERSONAL"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNOSTICO: 00078 "GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD"

DOMINIO N º : 1 Promoción de la salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICION: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fracaso para emprender acciones y/o reducir factores de riesgo ✓ Elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud ✓ Fracazos en las acciones ✓ Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos ✓ Verbaliza deseos de manejar la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Complejidad del sistema de cuidados <input type="checkbox"/> Complejidad del régimen terapéutico <input type="checkbox"/> Conflicto de decisiones <input type="checkbox"/> Conflicto familiar <input type="checkbox"/> Demandas excesivas <input type="checkbox"/> Déficit de conocimientos <input type="checkbox"/> Percepción de gravedad/susceptibilidad <input type="checkbox"/> Impotencia <input type="checkbox"/> Percepción de beneficios <input type="checkbox"/> Déficit de soporte social <input type="checkbox"/> Percepción de barreras <input type="checkbox"/> Otros
Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1601- CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO 1813- CONOCIMIENTO REGIMEN TERAPEUTICO	<ul style="list-style-type: none"> • ACUERDO CON EL PACIENTE. (4420) • ASESORAMIENTO. (5240) • APOYO A LA FAMILIA. (7140) • ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS.(5616) • ENSEÑANZA PROCESO DE LA ENFERMEDAD.(5602) • ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES.(4410) • FACILITAR LA RESPONSABILIDAD CONSIGO MISMO. (4480) • FOMENTAR LA IMPLICACION FAMILIAR. (7110) • MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA. (4360) • POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA.(5400) • REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. (4700) • VIGILANCIA.(6650) 		ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNOSTICO: 00078 "GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD"

DOMINIO N º : 1 Promoción de la salud

CLASE 2: Gestión de la salud

DEFINICION: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

DIAGNOSTICO: 00080 "GESTION INEFICAZ DEL REGIMEN TERAPEUTICO FAMILIAR"**DOMINIO N° 1:** Promoción de la salud**CLASE 2:** Gestión de la salud**DEFINICION:** Patrón de regulación e integración en los procesos familiares

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de atención a la enfermedad ✓ Actividades familiares inapropiadas para alcanzar objetivos de salud ✓ Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo ✓ Verbaliza dificultades con el régimen prescrito 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Complejidad del régimen terapéutico <input type="checkbox"/> Sistema de valores individual <input type="checkbox"/> Complejidad del plan de cuidados <input type="checkbox"/> Conflicto de decisiones <input type="checkbox"/> Conflicto familiar <input type="checkbox"/> Dificultades económicas <input type="checkbox"/> otros
Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
2602- FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APOYO A LA FAMILIA (7140) ▪ APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL (7040) ▪ FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR (7110) ▪ FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR (7200) ▪ MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS FAMILIARES (7130) ▪ TERAPIA FAMILIAR (7150) 		1. LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA REPRESENTAN LOS ROLES ESPERADOS
1813- CONOCIMIENTO REGIMEN TERAPEUTICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CONTROL DE LA MEDICACIÓN (1380) ▪ GUIA DE ANTICIPACIÓN (5210) ▪ ENSEÑANZA PROCESO ENFERMEDAD (5602) ▪ FOMENTAR IMPLICACIÓN FAMILIAR (7110) 		2. CUIDA DE LOS MIEMBROS DEPENDIENTES
2604- NORMALIZACION DE LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASESORAMIENTO (5240) ▪ APOYO A LA FAMILIA (7140) ▪ POTENCIACIÓN DE ROLES (5370) 		3. DISTRIBUYE LAS RESPONSABILIDADES ENTRE LOS MIEMBROS
			4. IMPLICA A LOS MIEMBROS EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
			5. SE APOYAN Y AYUDAN LOS UNOS A LOS OTROS
			6. PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DE LA COMUNIDAD
			ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNOSTICO: 00080 "GESTION INEFICAZ DEL REGIMEN TERAPEUTICO FAMILIAR"**DOMINIO N° 1:** Promoción de la salud**CLASE 2:** Gestión de la salud**DEFINICION:** Patrón de regulación e integración en los procesos familiares

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

DIAGNOSTICO: 00099 "MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD"**DOMINIO N° 1: Promoción de la salud CLASE 2: Gestión de la salud****DEFINICION:** Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios ✓ Falta demostrada de conocimientos respecto a las practicas sanitarias básicas ✓ Actividades inapropiadas para alcanzar objetivos de salud ✓ Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud ✓ Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las practicas básicas de salud 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo <input type="checkbox"/> Deterioro perceptivo <input type="checkbox"/> Falta de habilidades motoras <input type="checkbox"/> Afrontamiento individual y familiar ineficaz <input type="checkbox"/> Recursos insuficientes <input type="checkbox"/> Incapacidad para realizar juicios apropiados <input type="checkbox"/> otros
Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1613- AUTOGESTION DE LOS CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES (5250) ▪ AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO(5230) ▪ POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA(5400) ▪ POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA SOBRESI MISMO(5390) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. DESCRIBE LOS CUIDADOS APROPIADOS 2. ACCEDE A LOS RECURSOS NECESARIOS 3. DETERMINA LA FINALIZACION DE LAS CONDUCTAS ASISTENCIALES APROPIADAS
1602- CONDUCTA DE FOMENTO DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EDUCACIÓN SANITARIA(5510) ▪ FOMENTO DEL EJERCICIO(0200) ▪ MEJORA DEL SUEÑO(3850) ▪ MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA (4360) ▪ PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NO CIVAS(4500) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. EXPRESA CONFIANZA CON LA RESOLUCION DE PROBLEMAS 2. EVALUA LOS CUIDADOS APORTADOS POR LOS DEMAS 3. ADOPTA MEDIDAS CORRECTORAS CUANDO LOS CUIDADOS NO SON APROPIADOS
1813- CONOCIMIENTO: REGIMEN TERAPEUTICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ENSEÑANZA MEDICAMENTOS PRESCRITOS(5616) ▪ CONTROL DE LA MEDICACIÓN(2380) ▪ ESCUCHA ACTIVA(4920) ▪ FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR(7110) 		<p>ESC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNOSTICO: 00099 "MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD"**DOMINIO N° 1: Promoción de la salud CLASE 2: Gestión de la salud****DEFINICION:** Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

DIAGNOSTICO: 00098 "DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR"**DOMINIO N°: 1 Promoción de la salud CLASE 2: Gestión de la salud****DEFINICION:** Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entorno desordenado ✓ Sobrecarga de miembros de la familia ✓ Acumulación de suciedad ✓ Malos olores ✓ Repetidas alteraciones higiénicas ✓ Falta de ropa de casa y de vestir ✓ Los miembros de la casa refieren dificultades para llevar a cabo las tareas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de conocimientos <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Sistemas de soporte inadecuado o inexistente <input type="checkbox"/> Organización familiar insuficiente <input type="checkbox"/> Falta de modelo del rol <input type="checkbox"/> Deterioro del funcionamiento <input type="checkbox"/> otros

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1613- AUTOGESTION DE LOS CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APOYO EN LAS AYO TOMA DE DECISIONES (5250) ▪ AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO(5230) ▪ POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA(5400) ▪ POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA SOBRESI MISMO(5390) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. DESCRIBE LOS CUIDADOS APROPIADOS 2. ACCEDE A LOS RECURSOS NECESARIOS 3. DETERMINA LA FINALIZACION DE LAS CONDUCTAS ASISTENCIALES APROPIADAS
1602- CONDUCTA DE FOMENTO DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EDUCACIÓN SANITARIA(5510) ▪ FOMENTO DEL EJERCICIO(0200) ▪ MEJORA DEL SUEÑO(3850) ▪ MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA(4360) ▪ PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NO CIVAS(4500) ▪ FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR(7200) ▪ MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS FAMILIARES (7130) ▪ APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL (7040) ▪ FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR(7110) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. EXPRESA CONFIANZA CON LA RESOLUCION DE PROBLEMAS 2. EVALUA LOS CUIDADOS APORTADOS POR LOS DEMAS 3. ADOPTA MEDIDAS CORRECTORAS CUANDO LOS CUIDADOS NO SON APROPIADOS
2602- FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA			<p>ESC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNOSTICO: 00098 "DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR"**DOMINIO N°: 1 Promoción de la salud CLASE 2: Gestión de la salud****DEFINICION:** Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento.**Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud**

DIAGNOSTICO: 00193 "DESCUIDO PERSONAL"**DOMINIO N°:1 Promoción de la salud CLASE 2: Gestión de la salud****DEFINICION:** conjunto de conductas que implican actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Higiene personal inadecuada ✓ Higiene del entorno inadecuada ✓ No adherencia a las actividades relacionadas con la salud 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Síndrome de Capgras <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Dificultad para el aprendizaje <input type="checkbox"/> Disfunción del lóbulo frontal y de la habilidad de procesamiento <input type="checkbox"/> Deterioro funcional <input type="checkbox"/> Algunos trastornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Estilo de vida elección <input type="checkbox"/> Otros

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1601- CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APOYO EN LAS AVD TOMA DE DECISIONES (5250) ▪ AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO(5230) ▪ POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA(5400) ▪ POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA SOBRESI MISMO(5390) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. REALIZA LAS AVD SEGÚN PRESCRIPCIÓN 2. CONFIANZA EN EL PROFESIONAL SANITARIO 3. SOLICITA LA PAUTA PRESCRITA 4. CONSERVA LA CITA CON PROFESIONALES DE LA SALUD 5. REFIERE LOS CAMBIOS DE SINTOMAS A UN PROFESIONAL SANITARIO
1602- CONDUCTA DE FOMENTO DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EDUCACIÓN SANITARIA(5510) ▪ FOMENTO DEL EJERCICIO(0200) ▪ MEJORA DEL SUEÑO(3850) ▪ MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA(4360) ▪ PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS(4500) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. REALIZA LOS HABITOS SANITARIOS CORRECTAMENTE 2. UTILIZA CONDUCTAS PARA EVITAR LOS RIESGOS 3. UTILIZA EL APOYO SOCIAL PARA FOMENTAR LA SALUD 4. EVITA ALCHOOL Y DROGAS 5. SUPERVISA LOS RIESGOS DE LA CONDUCTA PERSONAL <p>ESC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNOSTICO: 00193 "DESCUIDO PERSONAL"**DOMINIO N°:1 Promoción de la salud CLASE 2: Gestión de la salud****DEFINICION:** conjunto de conductas que implican actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.**Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud**

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

D. Julián Sánchez Roldán
Dña. Araceli Rosique Robles

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado nº 2
"NUTRICIONAL-METABOLICO"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

CLASES: 1-INGESTIÓN

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00001 "DESEQUILIBRIO
NUTRICIONAL: Ingesta superior a las
necesidades"
- 00002 "DESEQUILIBRIO
NUTRICIONAL: Ingesta inferior a las
necesidades"
- 00003 "RIESGO DE DESEQUILIBRIO
NUTRICIONAL: Ingesta superior a las
necesidades"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNOSTICO: 00001 "DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL. Ingesta superior a las necesidades."

DOMINIO N°: 2 Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICION: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concentración de alimentos al final del día ✓ Patrones alimentarios disfuncionales ✓ Comer en respuesta a claves externas ✓ Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre ✓ Sedentarismo ✓ Peso corporal superior en un 20% al ideal según talla y constitución 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aporte excesivo con relación con las necesidades metabólicas

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1612- CONTROL DE PESO 1009- ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES 1802- CONOCIMIENTO: DIETA	Asesoramiento nutricional (5246) Aumentar el afrontamiento (5230) Ayuda para perder peso (1280) Disminución de la ansiedad (5820) Establecer límites (4380) Establecimiento de objetivos comunes (4410) Facilitar responsabilidad consigo mismo (4480)	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables • Mantener una conducta coherente y motivadora por el personal • Identificación de la conducta que ha de cambiarse • Administrar refuerzos positivos en decisiones/conductas adecuadas • Identificar hábitos nutrientes saludables • Aumentar la autoestima • Posicionar en su realidad • Trabajar el aquí y el ahora • Responsabilizar ante sus conductas • Trabajar con la familia • Enseñar estrategias de afrontamiento ante factores estresantes 	161203 equilibrio entre ejercicio físico e ingesta calórica 161207 Mantenimiento de un patrón alimentario adecuado 161221 Alcanzar un peso óptimo 180210 Selección de comidas recomendadas por la dieta 180212 Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNOSTICO: 00001 "DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL. Ingesta superior a las necesidades."

DOMINIO N°: 2 Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICION: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1612- CONTROL DE PESO	Fomentar el ejercicio (0200)	• Enseñar técnicas de relajación	100901 Ingesta calórica
1009- ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES	Modificación de la conducta (4360)	• Pesar al paciente a intervalos determinados, si procede, según criterios	100902 Ingesta proteica
1802- CONOCIMIENTO: DIETA	Monitorización nutricional (1160)	• Fomentar y mantener una buena alianza terapéutica	100903 Ingesta de grasas
	Ayuda para perder peso (1280)		100904 Ingesta de hidratos de carbono
	Control de la nutrición (1100)		ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado
	Control del peso (1260)		
	Enseñanza: Dieta prescrita (5614)		

DIAGNOSTICO: 00001 "DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL. Ingesta superior a las necesidades."

DOMINIO N.º : 2 Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICIÓN: *Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.*

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

DIAGNOSTICO: 00002 "DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL. Ingesta inferior a las necesidades"

DOMINIO N.º: 2 Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICION: *Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.*

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor abdominal ✓ Aversión a comer ✓ Peso corporal inferior en un 20 % al peso idea ✓ Fragilidad capilar ✓ Caída excesiva del pelo ✓ Ruidos abdominales hiperactivos ✓ Falta de alimentos ✓ Falta de interés en los alimentos ✓ Conceptos erróneos ✓ Información errónea ✓ Palidez de las membranas mucosas ✓ Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos ✓ Bajo tono muscular ✓ Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas ✓ Saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factores biológicos <input type="checkbox"/> Incapacidad para absorber los nutrientes <input type="checkbox"/> Incapacidad para digerir los alimentos. <input type="checkbox"/> Incapacidad para ingerir los alimentos <input type="checkbox"/> Factores psicológicos

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1612- CONTROL DE PESO 1009- ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES 1802- CONOCIMIENTO: DIETA	Control de la nutrición (1100) Control de los trastornos alimenticios (1030)s Control de peso (1260) Establecimiento de objetivos comunes (4410) Modificación de la conducta (4360) Monitorización nutricional (1160) Ayuda para ganar peso (1240)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar y mantener alianza terapéutica ▪ Determinar ingesta y hábitos alimenticios del paciente ▪ Aumentar autoestima ▪ Valoración e identificación de sus logros ▪ Posicionar en su realidad ▪ Pesar al paciente a intervalos determinados, si procede, según criterios ▪ Enseñar estrategias de afrontamiento ▪ Enseñar técnicas de relajación ▪ Fomentar el aumento de ingesta calórica ▪ Valorar su registro dietético 	161203 equilibrio entre ejercicio físico e ingesta calórica 61207 Mantenimiento de un patrón alimentario adecuado 161221 Alcanzar un peso óptimo 100402 Ingestión alimentaria 100405 Relación peso/talla ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNOSTICO: 00002 "DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL. Ingesta inferior a las necesidades"

DOMINIO N.º: 2 Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICION: *Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.*

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

DIAGNOSTICO: 00003 "RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL. Ingesta superior a las necesidades".

DOMINIO N º: 2 Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICION: *Riesgo de aportes de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.*

	FACTORES RELACIONADOS
	<input type="checkbox"/> Concentrar la toma de alimentos al final del día <input type="checkbox"/> Patrones alimentarios disfuncionales <input type="checkbox"/> Comer en respuesta a claves externas <input type="checkbox"/> Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre <input type="checkbox"/> Observaciones del uso de alimentos como medida de bienestar <input type="checkbox"/> Observación del uso de alimentos como medida de recompensa <input type="checkbox"/> Emparejar la comida con otras actividades <input type="checkbox"/> Obesidad parental

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1612- CONTROL DE PESO	5606 Enseñanza individual (alimentación)	<ul style="list-style-type: none"> Identificación, asesoramiento y cuidado de la dieta prescrita Establecer y fomentar alianza terapéutica 	
1009- ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES	5246 Asesoramiento nutricional	<ul style="list-style-type: none"> Valoración de registros alimentarios Valoración de logros y esfuerzos 	
1802- CONOCIMIENTO: DIETA	4420 Acuerdo con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la autoestima Enseñar estrategias de afrontamiento Enseñar técnicas de relajación Incluir a la familia si es posible 	
	1030 Manejo de los trastorno alimentarios		

DIAGNOSTICO: 00003 "RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL. Ingesta superior a las necesidades."

DOMINIO N º: 2 Nutrición

CLASE 1: Ingestión

DEFINICION: *Riesgo de aportes de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.*

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado nº 2
"PATRÓN NUTRICIONAL"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

CLASES: 5-HIDRATACIÓN

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- Nº 00026 "EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS"
- Nº 00027 "DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS."
- Nº 00028 "RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNOSTICO: 00026 "EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS"

DOMINIO N º : 2 Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DEFINICION: *Aumento de la retención de líquidos isotónicos.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración de los electrolitos ✓ Anasarca ✓ Ansiedad ✓ Cambios de la presión arterial ✓ Cambios en el estado mental ✓ Cambios en el patrón respiratorio ✓ Disnea ✓ Edema ✓ Ingurgitación yugular ✓ Oliguria ✓ Agitación ✓ Aumento de peso en un corto periodo de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Compromiso de los mecanismos reguladores <input type="checkbox"/> Exceso de aporte de líquidos <input type="checkbox"/> Exceso de aporte de sodio

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
<p>4120 - Control de los líquidos</p> <p>4130 - Monitorización de los líquidos</p> <p>6680 - Monitorización de los signos vitales</p>	<p>4420 Acuerdo con el paciente</p> <p>5606 Enseñanza: Individual (Alimentación/ Hidratación)</p> <p>1803 Ayuda en los autocuidados (Hidratación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer y fomentar alianza terapéutica ▪ Valoración de registros hídricos ▪ Valoración de logros y esfuerzos ▪ Aumento de la autoestima ▪ Enseñar estrategias de afrontamiento ▪ Enseñar técnicas de relajación ▪ Incluir a la familia si es posible 	<p>060215 Ingesta adecuada de líquidos</p> <p>060211 Control de la diuresis</p> <p>Valoración estado de las membranas mucosas</p> <p>Control de edemas</p>

DIAGNOSTICO: 00026 "EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS"

DOMINIO N º : 2 Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DEFINICION: *Aumento de la retención de líquidos isotónicos.*

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

DIAGNOSTICO: 00027 "DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS"**DOMINIO N º : 2 Nutrición****CLASE 5: Hidratación****DEFINICION:** Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambio en el estado mental ✓ Disminución de la presión arterial ✓ Disminución de la presión del pulso ✓ Disminución del turgor de la piel ✓ Disminución del turgor de la lengua ✓ Disminución de la diuresis ✓ Sequedad de las membranas mucosa ✓ Sequedad de la piel ✓ Aumento de la temperatura corporal ✓ Sed ✓ Debilidad 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pérdida activa del volumen de líquidos <input type="checkbox"/> Fracaso de los mecanismos reguladores

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
4120 - Control de los líquidos	4420 Acuerdo con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer y fomentar alianza terapéutica • Valoración de registros hídricos • Valoración de logros y esfuerzos • Aumento de la autoestima • Enseñar estrategias de afrontamiento • Enseñar técnicas de relajación • Incluir a la familia si es posible 	060215 Ingesta adecuada de líquidos
4130- Monitorización de los líquidos	5606 Enseñanza: Individual (Alimentación/ Hidratación)		060211 Control de la diuresis
6680- Monitorización de los signos vitales	1803 Ayuda en los autocuidados (Hidratación)		Valoración estado de las membranas mucosas Control de edemas

DIAGNOSTICO: 00027 "DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS"**DOMINIO N º : 2 Nutrición****CLASE 5: Hidratación****DEFINICION:** Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.**Patrón 2 : Nutricional - Metabólico**

DIAGNOSTICO: 00028 "RIESGO DE DEFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDO"

DOMINIO N.º : 2 Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DEFINICION: *Riesgo de sufrir una deshidratación, vascular o intracelular.*

	FACTORES RELACIONADOS
	<input type="checkbox"/> Alteraciones que afectan al aporte de líquidos <input type="checkbox"/> Alteraciones que afectan el acceso a los líquidos <input type="checkbox"/> Déficit de conocimientos <input type="checkbox"/> Medicamentos

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
4120 - Control de los líquidos	4420 Acuerdo con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> Establecer y fomentar alianza terapéutica Valoración de registros hídricos Valoración de logros y esfuerzos Aumento de la autoestima Enseñar estrategias de afrontamiento Enseñar técnicas de relajación Incluir a la familia si es posible 	060215 Ingesta adecuada de líquidos
4130 - Monitorización de los líquidos	5606 Enseñanza: Individual (Alimentación/ Hidratación)		060211 Control de la diuresis
6680 - Monitorización de los signos vitales	1803 Ayuda en los autocuidados (Hidratación)		Valoración estado de las membranas mucosas Control de edemas

DIAGNOSTICO: 00028 "RISGO DE DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS"

DOMINIO N.º : 2 Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DEFINICION: *Riesgo de sufrir una deshidratación, vascular o intracelular.*

Patrón 2 : Nutricional - Metabólico

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Dña. Mónica Morán Rodrigo

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado Nº 3
Eliminación

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN / INTERCAMBIO

CLASES: 1-FUNCIÓN URINARIA

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00016 "Deterioro de la eliminación urinaria"
- 00014 "Incontinencia fecal"
- 00015 "Riesgo de estreñimiento"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNOSTICO: 00016 "DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA"**DOMINIO N.º 3 Eliminación / intercambio****CLASE 1: Función urinaria****DEFINICIÓN:** *Trastorno de la eliminación urinaria*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incontinencia ✓ Urgencia ✓ Nicturia ✓ Dificultad para iniciar el chorro de orina ✓ Disuria ✓ Polaquiuria ✓ Retención 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Multicausalidad <input type="checkbox"/> Alteración ambiental <input type="checkbox"/> Inmadurez neurológica <input type="checkbox"/> Factores genéticos <input type="checkbox"/> Medicación (Litio...)

Patrón 3: Eliminación

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0502 – Continencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • 0560 Ejercicio del suelo pélvico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar. • Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal. • Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios. • Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contención no deseado. 	<p>050202 Patrón predecible del paso de orina</p> <p>050204 Orina en un receptáculo apropiado</p> <p>050205 Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de la orina</p> <p>050207 Ausencia de pérdidas de orina entre micciones</p> <p>050209 Vacía la vejiga completamente</p> <p>050212 Ropa interior seca durante el día</p> <p>050213 Ropa interior de la cama seca durante la noche</p> <p>050215 Ingesta hídrica en el rango esperado (ERE)</p> <p>050216 Capaz de manejar la ropa de forma independiente</p> <p>Escala:</p> <p>1- Nunca manifestada</p> <p>2- Raramente manifestada</p> <p>3- En ocasiones manifestada</p> <p>4- Con frecuencia manifestada</p> <p>5- Constantemente manifestada</p>

DIAGNOSTICO: 00016 "DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA"**DOMINIO N.º 3 Eliminación / intercambio****CLASE 1: Función urinaria****DEFINICIÓN:** *Trastorno de la eliminación urinaria.***Patrón 3: Eliminación**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0502 – Continencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> 0560 Ejercicio del suelo pélvico. 	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniéndola contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo diez segundos entre cada contracción. Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina. Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6 – 12 semanas. Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos. Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana. Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas. Realizar un registro diario de continencia a través de un calendario Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad. 	<p>050217 Capaz de usar el inodoro de forma independiente</p> <p>050219 Ausencia de medicaciones que interfieren el control urinario</p> <p>050220 Otros</p> <p>Escala:</p> <p>1- Nunca manifestada</p> <p>2- Raramente manifestada</p> <p>3- En ocasiones manifestada</p> <p>4- Con frecuencia manifestada</p> <p>5- Constantemente manifestada</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0502 – Continencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> 0600 Entrenamiento del hábito urinario 	<ul style="list-style-type: none"> Llevar un registro de especificación de continencia durante tres días para establecer el esquema de eliminación. Establecer un intervalo de horario inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse). Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a dos horas. Proporcionar intimidad para ir al aseo. Establecer una hora de comienzo y final para el horario de ir al aseo si se producen episodios en 24. Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a dos horas. Evitar dejar al paciente en el aseo durante más de cinco minutos. Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas. Mantener el intervalo de ir al aseo si se producen dos o menos episodios en 24 horas. Aumentar el intervalo de ir al aseo en media hora si el paciente no tiene episodios de incontinencia en 48 horas, hasta que se consiga el intervalo óptimo de cuatro horas. Dar una respuesta o refuerzo positivo (cinco minutos de conversación social) al paciente cuando elimine a la hora programada y no realizar ningún comentario cuando el paciente muestre incontinencia. Despertar al niño a las tres horas de inicio del sueño para que acuda al WC si es capaz de acudir despierto a realizar la micción, sino no despertar (en caso de incontinencia urinaria nocturna.) Procurar restringir líquidos 2 horas antes de acostarse (en caso de incontinencia nocturna). Acudir al aseo siempre antes de ir a dormir. 	

DIAGNOSTICO: 00016 "DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA"

DOMINIO N.º: 3 Eliminación / intercambio

CLASE 1: Función urinaria

DEFINICIÓN: *Trastorno de la eliminación urinaria.*

Patrón 3: Eliminación

DIAGNOSTICO: 00014 "INCONTINENCIA FECAL"

DOMINIO N º : 3 Eliminación / intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICION: Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Goteo constante de heces blandas ✓ Olor fecal ✓ Incapacidad para retrasar la medicación ✓ Urgencia ✓ Manchas fecales en la ropa ✓ Falta de respuesta a la urgencia de defecar ✓ Piel perianal enrojecida ✓ Informes de incapacidad para notar la sensación de repleción rectal. ✓ Reconocimiento repleción pero incapacidad para eliminar heces formadas. ✓ Incapacidad para reconocer la urgencia de defecar. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factores ambientales <input type="checkbox"/> Vaciado intestinal incompleto <input type="checkbox"/> Impactación <input type="checkbox"/> Hábitos dietéticos <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Declinación general del tono muscular <input type="checkbox"/> Abuso de laxantes <input type="checkbox"/> Pérdida de control del esfínter rectal <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo <input type="checkbox"/> Diarrea crónica <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Inmovilidad <input type="checkbox"/> Experiencias erróneas en el aprendizaje <input type="checkbox"/> Fracaso en la adquisición del control esfinteriano <input type="checkbox"/> Factores conductuales*

Patrón 3: Eliminación

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0500 – Continencia intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> • 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la causa de la incontinencia fecal. • Explicar la etiología del problema y la base de las acciones. • Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente y la familia. • Explorar motivación del paciente y familia para llevar a cabo el programa. • Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, si procede. • Mantener la higiene adecuada tras la deposición. • Utilizar pañales de incontinencia si es necesario. • Controlar la dieta y las necesidades de líquidos. 	<p>050001 Evacuación de heces predecible</p> <p>050002 Mantiene el control de la eliminación de heces.</p> <p>050003 Evacuación normal de heces cada tres días.</p> <p>050004 Ausencia de diarrea</p> <p>050005 Ausencia de estreñimiento</p> <p>050006 Tono esfinteriano adecuado para el control de la defecación</p> <p>050008 Identifica la urgencia para defecar.</p> <p>050009 Responde a la urgencia de manera oportuna.</p> <p>BC:</p> <p>1- Nunca manifestada</p> <p>2- Raramente manifestada</p> <p>3- En ocasiones manifestada</p> <p>4- Con frecuencia manifestada</p> <p>5- Constantemente manifestada</p>

DIAGNOSTICO: 00014 "INCONTINENCIA FECAL"

DOMINIO N º : 3 Eliminación / intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICION: Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

Patrón 3: Eliminación

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0500 – Continencia intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> 0430 Manejo intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la incontinencia fecal, y determinar sus causas. Tomar nota de la frecuencia de eliminación intestinal y/o ensuciamiento. Registrar color, consistencia, cantidad de heces emitidas. Observar si hay sonidos intestinales. Obtener un estimulante para las heces, si procede. Observar signos y síntomas de diarrea, estreñimiento o impactación. Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad. Enseñar al paciente las comidas adecuadas para conseguir un buen ritmo intestinal. Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si procede. 	<p>050012 Llega al baño con facilidad y de forma independiente antes de la defecación.</p> <p>050013 Ingiere líquidos de forma adecuada.</p> <p>050014 ingiere una cantidad de fibra adecuada.</p> <p>050016 Otros.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca manifestada 2- Raramente manifestada 3- En ocasiones manifestada 4- Con frecuencia manifestada 5- Constantemente manifestada</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0500 – Continencia intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> 0440 Entrenamiento intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> Planificar un programa de entrenamiento intestinal con el paciente y personas relacionadas. Enseñar al paciente y familia los principios de la educación intestinal. Instruir al paciente/ familia sobre alimentos con alto contenido en fibra. Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. Asegurar que realizan ejercicios adecuados. Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones. Proporcionar intimidad para la defecación. Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares. Modificar el programa intestinal si es necesario 	

DIAGNOSTICO: 00014 "INCONTINENCIA FECAL"

DOMINIO N º : 3 Eliminación / intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal

DEFINICION: Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

Patrón 3: Eliminación

DIAGNOSTICO: 00015 "RIESGO DE ESTREÑIMIENTO"
DOMINIO N° 3 Eliminación / intercambio
CLASE 2: Función gastrointestinal
DEFINICION: *Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces, o eliminación de heces duras y secas.*

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO
<u>Funcionales.</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambios ambientales recientes. <input type="checkbox"/> Negación o falta de respuesta habitual a la urgencia de defecar. <input type="checkbox"/> Actividad física insuficiente. <input type="checkbox"/> Hábitos defecación irregulares. <input type="checkbox"/> Problemas durante la defecación (falta tiempo, intimidad. Posición). <input type="checkbox"/> Debilidad músculos abdominales. <u>Psicológicos.</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estrés emocional. <input type="checkbox"/> Confusión mental. <input type="checkbox"/> Depresión. 	<u>Fisiológicos.</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Malos hábitos alimentarios. <input type="checkbox"/> Disminución motilidad intestinal. <input type="checkbox"/> Higiene oral o dentición mala. <input type="checkbox"/> Aporte insuficiente de fibras. <input type="checkbox"/> Aporte insuficiente de líquidos. <input type="checkbox"/> Cambio alimentos o patrón. <input type="checkbox"/> Deshidratación <u>Farmacológicos.</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes. <input type="checkbox"/> Sobredosis de laxantes. <input type="checkbox"/> Opiáceos. <input type="checkbox"/> Sedantes. <input type="checkbox"/> Antidepresivos. <u>Mecánicos.</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obesidad.
Patrón 3: Eliminación	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0501 – Eliminación intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> • 0450 Manejo del estreñimiento/ Impactación 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento o impactación. • Identificar los factores (medicación, malos hábitos alimentarios...) que puedan causar o contribuir al estreñimiento. • Evaluar la medicación para ver si existen efectos gastrointestinales secundarios. • Explicar la etiología del problema a la familia y las razones para intervenir. • Instruir al paciente/ familia sobre una dieta rica en fibra si procede. • Fomentar un aumento del consumo de líquidos si procede. • Instruir al paciente/familia en el correcto uso de laxantes, si procede. • Instruir al paciente y familia sobre la relación entre la dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento. 	050101 Patrón de eliminación en el rango esperado (ERE) 050102 Control de movimientos intestinales. 050103 Color de las heces DLN 050104 Cantidad de heces en relación con la dieta. 050108 Ausencia de sangre en las heces. 050109 Ausencia de moco en las heces. 050110 Ausencia de estreñimiento. 050112 Fecundidad en la eliminación de las heces. 050115 Ausencia de dolor cólico. 050116 Ausencia de distensión. 050119 Tono muscular para la evacuación fecal. 050121 Eliminación fecal sin ayuda. 050124 Ingestión de líquidos adecuada. 050125 Ingestión de fibra adecuada. 050126 Cantidad de ejercicio adecuada. Escala: Manifestada: Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente (n)

DIAGNOSTICO: 00015 "RIESGO DE ESTREÑIMIENTO"
DOMINIO N° 3 Eliminación / intercambio
CLASE 2: Función gastrointestinal
DEFINICION: *Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces, o eliminación de heces duras y secas.*
Patrón 3: Eliminación

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO

Dña. Ana Barragan Tamayo

Dña Gracia Katia Cañizares Pozo

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado N º 5:
"REPOSO / SUEÑO"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

CLASES: 1- REPOSO / SUEÑO

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00095 "INSOMNIO"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNOSTICO: 00095 "INSOMNIO"

DOMINIO N º: 4 Actividad / Reposo

CLASE 1: Sueño / Reposo

DEFINICIÓN: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none">✓ Observación de cambios de la emotividad.✓ Observación de falta de energía.✓ Aumento del absentismo (trabajo/escuela).✓ El paciente informa de disminución de su calidad de vida.✓ El paciente informa de dificultad para concentrarse, de falta de energía, aumento de accidentes.✓ El paciente informa dificultad para conciliar el sueño, mantener el sueño y despertarse demasiado temprano.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ansiedad.<input type="checkbox"/> Depresión.<input type="checkbox"/> Factores del entorno (ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/humedad ambiental, entorno no familiar).<input type="checkbox"/> Temor.<input type="checkbox"/> Duelo.<input type="checkbox"/> Toma de estimulantes y/o alcohol.<input type="checkbox"/> Estrés.

Patrón 5: Descanso - Sueño

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0004-SUEÑO	MANEJO DE ENERGÍA (0180)	<ul style="list-style-type: none">• Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.• Ayudarle a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, si procede.• Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (música, medicación).• Controlar la administración y efecto de los estimulantes y sedantes.	<p>000401 Horas de sueño.</p> <p>000403 Patrón del sueño.</p> <p>000407 Hábito del sueño.</p> <p>000410 Despertar a horas apropiadas.</p> <p>Escala:</p> <p>1- Nunca demostrado</p> <p>2- Raramente demostrado</p> <p>3- A veces demostrado</p> <p>4- Frecuentemente demostrado</p> <p>5- Siempre demostrado</p>

DIAGNOSTICO: 00095 "INSOMNIO"

DOMINIO N º: 4 Actividad / Reposo

CLASE 1: Sueño / Reposo

DEFINICIÓN: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento..

Patrón 5: Descanso - Sueño

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0003-DESCANSO	DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820) TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE (6040)	<p>Escuchar con atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. Identificar los cambios del nivel de ansiedad. Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado. Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios. Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. 	<p>121101. Desasosiego 121102. Impaciencia 121108. Irritabilidad 121105. Inquietud 121109. Indecisión 140207. Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. 000304 Descansado físicamente. 000309 Energía recuperada después del descanso</p> <p>Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0004-SUEÑO	MEJORAR EL SUEÑO (1850)	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc. Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. Ajustar el ambiente para favorecer el sueño. Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama. Ayudar al paciente a evitar bebidas y alimentos que interfieran el sueño. Identificar medicaciones que el paciente esté tomando para el sueño. Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. 	<p>000401 Horas de sueño. 000403. Patrón de sueño. 000404. Calidad del sueño. 000419. Cama confortable. 000420. Temperatura de la habitación confortable. 000410. Despertar a horas apropiadas. 00417. Dependencia de las ayudas para dormir.</p> <p>Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

DIAGNOSTICO: 00095 "INSOMNIO"

DOMINIO N.º: 4 Actividad / Reposo

CLASE 1: Sueño / Reposo

DEFINICIÓN: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento..

Patrón 5: Descanso - Sueño

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado nº4
"ACTIVIDAD-EJERCICIO"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

CLASES: 2- ACTIVIDAD / EJERCICIO

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00085. "DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA"
- 00097. "DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS"
- 00102. "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN"
- 00108. "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/ HIGIENE"
- 00109. "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ ACICALAMIENTO"
- 00182. "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00085 "DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 2: Actividad- ejercicio****DEFINICIÓN:** Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limitación para las habilidades motoras gruesas y finas ✓ Falta de aliento inducido por el movimiento ✓ Temblor inducido por el movimiento ✓ Enlentecimiento del movimiento 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Índice de masa corporal por encima del percentil 75 para la edad <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> Rigidez muscular <input type="checkbox"/> Estado de humor depresivo o ansioso

Patrón 4: Actividad- Ejercicio

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1811- CONOCIMIENTO: ACTIVIDAD PRESCRITA 0208- NIVEL DE MOVILIDAD 0300- CUIDADOS PERSONALES: AVD	5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD - EJERCICIO PRESCRITO 4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD 0200 FOMENTO DEL EJERCICIO 1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente/ familia el beneficio de la actividad • Ayudarle a elegir actividades coherentes con sus necesidades • Ayudarle a programar e incorporar la actividad a la rutina diaria/ estilo de vida • Remitir a centros comunitarios o programas de actividad • Reforzar el esfuerzo y potenciar la motivación • Proporcionar ayuda para aceptar la necesidad de dependencia y asunción de autocuidados • Enseñar a la familia a fomentar la autonomía de su familiar. 	1. PUEDE REALIZAR EJERCICIO FÍSICO 2. HÁBITO DE ACTIVIDAD DIARIA 3. HÁBITO EN AVDs 4. ESTADO ANÍMICO MANTENIDO Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00085 "DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 2: Actividad- ejercicio****DEFINICIÓN:** Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.**Patrón 4: Actividad- Ejercicio**

DIAGNÓSTICO: 00097 "DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 2: Actividad- ejercicio****DEFINICIÓN:** *Disminución de la estimulación (del interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afirmaciones de la persona de que se aburre ✓ Afirmación de la persona de que desea tener algo que hacer ✓ Aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un entorno desprovisto de actividades recreativas
Patrón 4: Actividad- Ejercicio	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1503- IMPLICACIÓN SOCIAL 1604- PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO	5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIABILIDAD 4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Animar al paciente a desarrollar relaciones y actividades fuera de casa ▪ Fomentar las relaciones y actividades con personas con intereses y objetivos comunes ▪ Fomentar la planificación de actividades de ocio e integrarlas a la rutina diaria ▪ Explicar al paciente/familia el papel de la actividad social y de ocio al mantenimiento de la funcionalidad y la salud ▪ Ayudarle a elegir actividades coherentes a sus necesidades ▪ Remitir a centros comunitarios o programas de actividad ▪ Reforzar positivamente el esfuerzo y potenciar la motivación 	1. DISPONE DE RED SOCIAL 2. RUTINA MANTENIDA EN ACTIVIDADES DE OCIO 3. HABILIDADES SOCIALES ADECUADAS Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00097 "DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 2: Actividad- ejercicio****DEFINICIÓN:** *Disminución de la estimulación (del interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio..***Patrón 4: Actividad- Ejercicio**

DIAGNÓSTICO: 00102 "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 5: Autocuidado****DEFINICIÓN:** *Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incapacidad para preparar alimentos para su ingestión ✓ Incapacidad para ingerir alimentos suficientes 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Debilidad o cansancio <input type="checkbox"/> Ansiedad grave <input type="checkbox"/> Deterioro perceptual <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo <input type="checkbox"/> Malestar <input type="checkbox"/> Disminución o falta de motivación

Patrón 4: Actividad- Ejercicio

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0303- CUIDADOS PERSONALES: COMER	4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL 1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN 7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la motivación al cambio y fomentarlo ▪ Ayudar a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar. ▪ Ayudar a establecer objetivos realistas ▪ Instruir al paciente según sus capacidades para facilitar el aprendizaje. ▪ Ayudar al paciente a elaborar un plan ▪ Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso ▪ Aportar información y apoyo al cuidador que faciliten los cuidados sanitarios al paciente ▪ Hacer con el paciente una evaluación de la consecución de los objetivos. 	1. REALIZA TAREAS DE APROVISIONAMIENTO DE ALIMENTOS 2. SABE COCINAR 3. PLANIFICA COMIDAS 4. REALIZA EL ACTO DE COMER 5. ESTRUCTURA LAS COMIDAS EN RELACIÓN AL TIEMPO Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00102 "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 2: Actividad- ejercicio****DEFINICIÓN:** *Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación***Patrón 4: Actividad- Ejercicio**

DIAGNÓSTICO: 00108 "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/ HIGIENE"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 5: Autocuidado****DEFINICIÓN:** *Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Olor corporal desagradable ✓ Incapacidad para lavar parcial o totalmente el cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disminución o falta de motivación <input type="checkbox"/> Ansiedad grave <input type="checkbox"/> Deterioro perceptual <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo <input type="checkbox"/> Deterioro neuromuscular

Patrón 4: Actividad- Ejercicio

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
00300 - CUIDADOS PERSONALES: ABVD	4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la motivación al cambio y fomentarlo ▪ Ayudar a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar. ▪ Ayudar a establecer objetivos realistas ▪ Instruir al paciente según sus capacidades para facilitar el aprendizaje. ▪ Ayudar al paciente a elaborar un plan ▪ Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso ▪ Aportar información y apoyo al cuidador que faciliten los cuidados sanitarios al paciente ▪ Hacer con el paciente una evaluación de la consecución de los objetivos. 	1. REALIZA LA ACTIVIDAD ADECUADAMENTE 2. RUTINA DE HIGIENE DIARIA Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado
00305 - CUIDADOS PERSONALES: HIGIENE	4420 ACUERDO CON EL PACIENTE		
	5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL		
	1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE		
	7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL		

DIAGNÓSTICO: 00108 "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/ HIGIENE"*Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene.***Patrón 4: Actividad- Ejercicio**

DIAGNÓSTICO: 00109 "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ ACICALAMIENTO"

DOMINIO 4: Actividad- reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deterioro de la capacidad para reemplazar los artículos de vestir ✓ incapacidad para elegir la ropa adecuada ✓ Mantener el aspecto en un nivel satisfactorio 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disminución o falta de motivación <input type="checkbox"/> Ansiedad grave <input type="checkbox"/> Deterioro perceptual <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo

Patrón 4: Actividad- Ejercicio

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
00302 - CUIDADOS PERSONALES: VESTIR	4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación al cambio y fomentarlo • Ayudar a identificar las prácticas que desea cambiar. • Ayudar a establecer objetivos realistas 	1. PUEDE REALIZAR LA ACTIVIDAD DE VESTIRSE SOLO
00304 - CUIDADOS PERSONALES: PEINADO	4420 ACUERDO CON EL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente según sus capacidades para facilitar el aprendizaje. • Ayudar al paciente a elaborar un plan 	2. ELIGE LA ROPA ADECUADA
	5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso 	3. MANTENIMIENTO DE LA ROPA
	1802 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: VESTIR/ ARREGLO PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Aportar información y apoyo al cuidador que faciliten los cuidados sanitarios al paciente 	4. SE PEINA ADECUADAMENTE
	7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer con el paciente una evaluación de la consecución de los objetivos. 	5. MAQUILLAJE ADECUADO

Escala:
1- Nunca demostrado
2- Raramente demostrado
3- A veces demostrado
4- Frecuentemente demostrado
5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00109 "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ ACICALAMIENTO"

DOMINIO 4: Actividad- reposo

CLASE 5: Autocuidado

DEFINICIÓN: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal.

Patrón 4: Actividad- Ejercicio

DIAGNÓSTICO: 00182 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 5: Auto cuidado****DEFINICIÓN:** *Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser forzado.***CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**

- ✓ Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la vida
- ✓ Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud
- ✓ Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del desarrollo personal
- ✓ Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del bienestar
- ✓ Expresa deseos de aumentar la responsabilidad en el auto cuidado

Patrón 4: Actividad- Ejercicio

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1614- AUTONOMÍA PERSONAL	4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL 7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la motivación al cambio y fomentarlo ▪ Ayudar a identificar las prácticas que desea cambiar. ▪ Ayudar a establecer objetivos realistas ▪ Instruir al paciente según sus capacidades para facilitar el aprendizaje. ▪ Ayudar al paciente a elaborar un plan ▪ Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso ▪ Aportar información y apoyo al cuidador que faciliten los cuidados sanitarios al paciente ▪ Hacer con el paciente una evaluación de la consecución de los objetivos. 	161401 Toma decisiones vitales informadas 161403 En el proceso de toma de decisiones muestra independencia 161409 Toma decisiones libre de la presión del proveedor de cuidados de salud 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud. Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00182 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 5: Auto cuidado****DEFINICIÓN:** *Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser forzado***Patrón 4: Actividad- Ejercicio**

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado nº4
"ACTIVIDAD-EJERCICIO"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

CLASES: 3- EQUILIBRIO DE LA ENERGÍA

ESCALA: *NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE DEMOSTRADO*

Diagnósticos

- 00093. "FATIGA"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00093 "FATIGA"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 3: Equilibrio de la energía****DEFINICIÓN:** Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Somnolencia ✓ Incapacidad para mantener las actividades habituales ✓ Verbalización de falta de energía ✓ Desinterés por el entorno ✓ introspección 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Factores psicológicos (estilo de vida, estrés, ansiedad, depresión) <input type="checkbox"/> Factores fisiológicos (deprivación del sueño, estados de enfermedad) <input type="checkbox"/> Factores situacionales (acontecimientos vitales negativos)

Patrón 4: Actividad- Ejercicio

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0002- CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA	0180 MANEJO DE LA ENERGÍA	<ul style="list-style-type: none"> Determinar las causas de la fatiga y las limitaciones físicas Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados y vigilar la respuesta cardiorespiratoria a la actividad 	1. REALIZA ACTIVIDAD DIARIA 2. MANTIENE UN CORRECTO HORARIO DEL SUEÑO 3. MANEJO ADECUADO DE LA MEDICACIÓN
0003- DESCANSO	1850 FOMENTAR EL SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a eliminar situaciones estresantes Enseñar técnicas de relajación y estrategias de higiene del sueño 	
0005 - TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD.	1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> Establecer una rutina diaria acorde a sus capacidades Ayudar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad. 	
	5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD – EJERCICIO		Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00093 "FATIGA"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 3: Equilibrio de la energía****DEFINICIÓN:** Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual**Patrón 4: Actividad- Ejercicio**

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado nº4
"ACTIVIDAD-EJERCICIO"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

CLASES: 3- RESPUESTAS CARDIOVASCULARES
RESPIRATORIAS

ESCALA: *NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO*

Diagnósticos

- 00092: "INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00092 "INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 4: Respuestas cardiovasculares- respiratorias****DEFINICIÓN:** *Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informes verbales de fatiga o debilidad ✓ Frecuencia cardíaca o TA anormales en respuesta a la actividad ✓ Malestar o disnea de esfuerzo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Estilo de vida sedentario <input type="checkbox"/> Reposo encama <input type="checkbox"/> Debilidad generalizada <input type="checkbox"/> Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno

Patrón 4: Actividad- Ejercicio

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0001- RESISTENCIA	5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD / EJERCICIO PRESCRITO	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar a realizar actividades/ ejercicios de forma adecuada y ajustados a sus necesidades Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga. 	1. REALIZA ACTIVIDAD DIARIA
0005- TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	0180 MANEJO DE LA ENERGÍA	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar y fomentar actividades de recreo Informar sobre dispositivos, recursos o centros de rehabilitación que hay en la comunidad, si precisa. 	2. ABANDONO DEL TABACO
	0200 FOMENTO DEL EJERCICIO	<ul style="list-style-type: none"> Aconsejar de la necesidad de disminuir o abandonar el hábito de fumar 	3. BIENESTAR FÍSICO
	4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Si el paciente está decidido, ayudar y apoyar con un método de autoayuda Remitir a programas, según resulte oportuno. 	4. ESTADO ANÍMICO ACEPTABLE
	4490 AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR		ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00092 "INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD"**DOMINIO 4: Actividad- reposo****CLASE 4: Respuestas cardiovasculares- respiratorias****DEFINICIÓN:** *Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.***Patrón 4: Actividad- Ejercicio**

DOMINIO 5: PERCEPCION/ COGNICION

Dña. Eva Almazán García

Dña. Marisa Luna Navarro

D. Roberto Izquierdo García

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado Nº. 6
PERCEPCION/COGNICION

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

CLASES: 2- ORIENTACIÓN

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00127 "SINDROME DE DETERIORO DE LA INTERPRETACION DEL ENTORNO".

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00127 "SÍNDROME DE LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO"**DOMINIO 5: Percepción / cognición****CLASE 2: Orientación****DEFINICIÓN:** Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante mas de 3-6 meses, que requiere un entorno protector.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estados contusionales crónicos. ✓ Desorientación constante. ✓ Incapacidad para concentrarse. ✓ Incapacidad para seguir directrices sencillas. ✓ Incapacidad para razonar. ✓ Pérdida de empleo. ✓ Pérdida del funcionamiento social. ✓ Lentitud en la respuesta a las preguntas. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Demencia. <input type="checkbox"/> Depresión. <input type="checkbox"/> Enfermedad de Huntington.

Patrón 6: Cognición - Percepción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1910- AMBIENTE SEGURO DEL HOGAR.	6650: VIGILANCIA.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preguntar al paciente sobre sus signos, síntomas y problemas recientes. ▪ Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades del auto cuidado. ▪ Vigilar esquemas de comportamiento. 	<p>Demuestra afecto y poca hostilidad. (paciente/familia/entorno).</p> <p>-Utiliza el equipo de asistencia para información y ayuda (paciente/familia/entorno)</p>
2608- RESISTENCIA FAMILIAR.	6480: MANEJO AMBIENTAL.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlar el estado emocional ▪ Observar estrategias de resolución de problemas utilizadas por el paciente y familia. ▪ Controlar los cambios en el patrón del sueño. ▪ Crear un ambiente seguro ▪ Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos. 	<p>Utiliza grupos de apoyo emocional (Paciente/familia/entorno)</p> <p>Escala:</p> <p>1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

DIAGNÓSTICO: 00127 "SÍNDROME DE LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO"**DOMINIO 5: Percepción / cognición****CLASE 2: Orientación****DEFINICIÓN:** Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante mas de 3-6 meses, que requiere un entorno protector**Patrón 6: Cognición - Percepción**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1403- AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO	2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN. 6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES	<ul style="list-style-type: none"> Comprobar la capacidad del paciente para medicarse si procede. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. Observar si se producen efectos derivados de los fármacos. Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal y como se han prescrito. Enseñar al paciente cuando debe conseguir atención médica. Permitir que la familia o ser querido se queden con el paciente si procede. Proporcionar a la familia/ser querido información sobre la composición de un ambiente hogareño seguro para el paciente. 	<p>-Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes.</p> <p>-Solicita ratificación de la realidad.</p> <p>-Mantiene afecto compatible con su estado de ánimo.</p> <p>-Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente</p>

DIAGNÓSTICO: 00127 "SÍNDROME DE LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO"

DOMINIO 5: Percepción / cognición

CLASE 2: Orientación

DEFINICIÓN: Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante más de 3-6 meses, que requiere un entorno protector

Patrón 6: Cognición - Percepción

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado Nº. 6
PERCEPCION/COGNICION

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

CLASES: 3- SENSACIÓN / PERCEPCIÓN

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00122. TRASTORNO DE LA PERCEPCION SENSORIAL: VISUAL, AUDITIVA, CINESTESICA, GUSTATIVA, TACTIL OLFATIVA.

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00122 "TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL: VISUAL, AUDITIVA, GUSTATIVA, TÁCTIL, OLFATORIA "

DOMINIO N° 5: Percepción / cognición

CLASE 3: Sensación/ percepción

DEFINICIÓN: Cambio en la cantidad o el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambio en el patrón de conducta. ✓ Cambio en las habilidades para la solución de problemas. ✓ Cambio en la agudeza sensorial. ✓ Cambio en las respuestas usuales a los estímulos. ✓ Desorientación. ✓ Alucinaciones. ✓ Deterioro de la comunicación. ✓ Irritabilidad. ✓ Falta de concentración. ✓ Agitación. ✓ Distorsiones sensoriales 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alteración de la integración sensorial. <input type="checkbox"/> Alteración de la recepción sensorial <input type="checkbox"/> Alteración de la transmisión sensorial. <input type="checkbox"/> Desequilibrio bioquímica. <input type="checkbox"/> Desequilibrio electrolítico. <input type="checkbox"/> Excesivos estímulos ambientales. <input type="checkbox"/> Estímulos ambientales insuficientes. <input type="checkbox"/> Estrés psicológico.

Patrón 6: Cognición - Percepción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1403 - AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO	2380. MANEJO DE LA MEDICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprobar la capacidad del paciente para medicarse si procede.. ▪ Observar los efectos terapéuticos de la medicación. ▪ Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. ▪ Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos. ▪ Determinar los factores que pueden impedir al paciente tomar los fármacos tal y como se han prescrito. ▪ Enseñar al paciente cuando debe conseguir atención médica. 	<p>Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes.</p> <p>Solicita ratificación de la realidad.</p> <p>Mantiene afecto compatible con su estado de ánimo.</p> <p>Interacciona con los demás de forma apropiada.</p> <p>Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente.</p>

DIAGNÓSTICO: 00122 "TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL: VISUAL, AUDITIVA, GUSTATIVA, TÁCTIL, OLFATORIA "

DOMINIO 5: Percepción / cognición

CLASE 3: Sensación/ percepción

DEFINICIÓN: Cambio en la cantidad o el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.

Patrón 6: Cognición - Percepción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1403 - AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO	6510. MANEJO DE LAS ALUCINACIONES,	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar conductas del paciente que indiquen alucinaciones. • Fomentar una comunicación clara y abierta. • Animar al paciente que discuta los sentimientos e impulsos, antes de actuar sobre ellos. • Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones. • Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraer de las alucinaciones. • Enseñar a la familia y seres queridos a tratar con el paciente que experimenta las alucinaciones 	

DIAGNÓSTICO: 00122 "TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL: VISUAL, AUDITIVA, GUSTATIVA, TÁCTIL, OLFATORIA "

DOMINIO 5: Percepción / cognición

CLASE 3: Sensación/ percepción

DEFINICIÓN: *Cambio en la cantidad o el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.*

Patrón 6: Cognición - Percepción

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado Nº. 6
PERCEPCION/COGNICION

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

CLASES: 5- COGNICIÓN

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00131. DETERIORO DE LA MEMORIA
- 00184. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES
- 00199. "PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00131 "DETERIORO DE LA MEMORIA "**DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición****CLASE 4 : Cognición****DEFINICIÓN:** Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Experiencia de olvidos. ✓ Olvida realizar una conducta en el momento programado para ello. ✓ Incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta. ✓ Incapacidad para aprender una nueva información. ✓ Incapacidad para aprender nuevas habilidades ✓ Incapacidad para recordar acontecimientos. ✓ Incapacidad para retener nueva información. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Disminución del gasto cardíaco <input type="checkbox"/> Excesivas alteraciones ambientales <input type="checkbox"/> Hipoxia <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos <input type="checkbox"/> Desequilibrio de líquidos y electrolitos.

Patrón 6: Cognición - Percepción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0908- Memoria	4760. Entrenamiento de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar y corregir con el paciente errores de orientación. ▪ Controlar cambios en la memoria durante el entrenamiento ▪ Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede. ▪ Recordar experiencias pasadas con el paciente, si procede. ▪ Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente practique información y fechas personales, si procede. ▪ Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. ▪ Estructurar los métodos de enseñanza de acuerdo con la organización de la información por parte del paciente. 	<p>090801 Recuerda información inmediata de forma precisa</p> <p>090802 Recuerda información reciente de forma precisa</p> <p>090803 Recuerda información remota de forma precisa</p> <p>Escala: 1- gravemente comprometido 2- sustancialmente comprometido 3- moderadamente comprometido 4- levemente comprometido 5- No comprometido</p>

DIAGNÓSTICO: 00131 "DETERIORO DE LA MEMORIA "**DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición****CLASE 4 : Cognición****DEFINICIÓN:** Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.**Patrón 6: Cognición - Percepción**

DIAGNÓSTICO: 00184 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES "**DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición****CLASE 4 : Cognición****DEFINICIÓN:** *Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.***CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**

- ✓ Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones.
- ✓ Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con objetivos
- ✓ Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con valores personales.
- ✓ Expresa deseos de mejorar el uso de evidencias fiables para la toma de decisiones
- ✓ Expresa deseos de mejorar la comprensión de las elecciones para la toma de decisiones.

Patrón 6: Cognición - Percepción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1614- AUTONOMÍA PERSONAL	4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL 7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la motivación al cambio y fomentarlo ▪ Ayudar a identificar las prácticas que desea cambiar. ▪ Ayudar a establecer objetivos realistas ▪ Instruir al paciente según sus capacidades para facilitar el aprendizaje. ▪ Ayudar al paciente a elaborar un plan ▪ Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso ▪ Aportar información y apoyo al cuidador que faciliten los cuidados sanitarios al paciente ▪ Hacer con el paciente una evaluación de la consecución de los objetivos. 	161401 Toma decisiones vitales informadas 161403 En el proceso de toma de decisiones muestra independencia 161409 Toma decisiones libre de la presión del proveedor de cuidados de salud 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud. Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00184 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES "**DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición****CLASE 4 : Cognición****DEFINICIÓN:** *Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado***Patrón 6: Cognición - Percepción**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0906- TOMA DE DECISIONES	4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 4420 ACUERDO CON EL PAQUETE 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL 5520 FACILITAR EL APRENDIZAJE 5540 POTENCIACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la motivación al cambio y fomentarlo Ayudar a identificar las prácticas que desea cambiar. Ayudar a establecer objetivos realistas Instruir al paciente según sus capacidades para facilitar el aprendizaje. Ayudar al paciente a elaborar un plan Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso Aportar información y apoyo al cuidador que faciliten los cuidados sanitarios al paciente Hacer con el paciente una evaluación de la consecución de los objetivos. 	090601 Identifica información relevante 090602 Identifica alternativas 090603 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa 090608 Compara alternativas 090609 Escoge entre varias alternativas Escala: 1- gravemente comprometido 2- sustancialmente comprometido 3- moderadamente comprometido 4- levemente comprometido 5- No comprometido

DIAGNÓSTICO: 00184 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES "

DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición

CLASE 4 : Cognición

DEFINICIÓN: *Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado*

Patrón 6: Cognición - Percepción

DIAGNÓSTICO: 00199 "PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES "**DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición****CLASE 4 : Cognición****DEFINICIÓN:** Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en tiempo y bajo ciertas condiciones.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verbalización de temor a la tarea que va a realizar. ✓ Verbalización de preocupación sobre la tarea que se ha de realizar ✓ Ansiedad excesiva por la tarea que se va a realizar ✓ Fracaso del patrón de conducta ✓ Falta de un plan ✓ Falta de recursos ✓ Falta de resolución. ✓ Falta de logros para los objetivos para la actividad elegida. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Compromiso de la habilidad para procesar la información. <input type="checkbox"/> Conducta defensiva de huida cuando se enfrenta con una propuesta de solución. <input type="checkbox"/> Hedonismo <input type="checkbox"/> Falta de soporte familiar <input type="checkbox"/> Percepción no realista de los acontecimientos.

Patrón 6: Cognición - Percepción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0906- TOMA DE DECISIONES	4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL 5520 FACILITAR EL APRENDIZAJE 5540 POTENCIACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la motivación al cambio y fomentarlo ▪ Ayudar a identificar las prácticas que desea cambiar. ▪ Ayudar a establecer objetivos realistas ▪ Instruir al paciente según sus capacidades para facilitar el aprendizaje. ▪ Ayudar al paciente a elaborar un plan ▪ Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso ▪ Aportar información y apoyo al cuidador que faciliten los cuidados sanitarios al paciente ▪ Hacer con el paciente una evaluación de la consecución de los objetivos. 	090601 Identifica información relevante 090602 Identifica alternativas 090603 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa 090608 Compara alternativas 090609 Escoge entre varias alternativas Escala: 1- gravemente comprometido 2- sustancialmente comprometido 3- moderadamente comprometido 4- levemente comprometido 5- No comprometido

DIAGNÓSTICO: 00199 "PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES "**DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición****CLASE 4 : Cognición****DEFINICIÓN:** Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en tiempo y bajo ciertas condiciones.**Patrón 6: Cognición - Percepción**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1604- Participación en actividades de ocio.	4310 Terapia de la actividad. 5360 Terapia de entretenimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Colaborar con los terapeutas ocupacionales en la planificación y control de un programa de actividades. Ayudar a elegir un programa de actividades coherentes con sus posibilidades. Remitir a centros comunitarios o programas de actividad. Disponer de refuerzos positivos en la participación de las actividades. Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional. Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas Ayudar a obtener recursos necesarios para la actividad recreativa Ayudar al paciente a identificar las actividades recreativas que tengan sentido. 	<p>160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual.</p> <p>160412 Elige actividades de ocio de interés</p> <p>160402 Expresión de satisfacción en las actividades de ocio</p> <p>160404 Refiere relajación con las actividades de ocio.</p> <p>Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

DIAGNÓSTICO: 00199 "PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES "

DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición

CLASE 4 : Cognición

DEFINICIÓN: *Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en tiempo y bajo ciertas condiciones.*

Patrón 6: Cognición - Percepción

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado Nº. 6
PERCEPCION/COGNICION

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

CLASES: 5- COMUNICACIÓN

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00051. DETERIORO DE LA
COMUNICACIÓN VERBAL

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00051 "DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL "**DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición****CLASE 5 : Comunicación****DEFINICIÓN:** *Disminución, retraso carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para comprende el patrón de comunicación habitual. ✓ Dificulta para expresar los pensamientos verbalmente. ✓ Dificultad para formar frases. ✓ Desorientación en las personas. ✓ Verbalizar con dificultad. ✓ Incapacidad para usar las expresiones corporales. ✓ Negativa voluntaria hablar . 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alteración de las percepciones. <input type="checkbox"/> Alteración del sistema nervioso central. <input type="checkbox"/> Disminución de la circulación cerebral. <input type="checkbox"/> Condiciones emocionales. <input type="checkbox"/> Condiciones biológicas. <input type="checkbox"/> Barreras psicológicas (p. Ej. Psicosis, falta de estímulos.). <input type="checkbox"/> Efectos secundarios de la medicación. <input type="checkbox"/> Estrés.

Patrón 6: Cognición - Percepción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0903- COMUNICACIÓN EXPRESIVA.	5340 PRESENCIA.	<ul style="list-style-type: none"> . Mostrar actitud de aceptación. . Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que esta pasando el paciente. . Escuchar las preocupaciones del paciente. . Permanecer en silencio si procede. . Permanecer físicamente con el paciente sin esperar respuestas de interacción . 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar la conversación con claridad. Dirige mensajes de forma apropiada. Reconocimiento de mensajes recibidos.

DIAGNÓSTICO: 00051 "DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL "**DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición****CLASE 5 : Comunicación****DEFINICIÓN:** *Disminución, retraso carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos***Patrón 6: Cognición - Percepción**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1404 - CONTROL DEL MIEDO.	5240. ASESORAMIENTO.	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece una relación terapéutica con el paciente, basada en la confianza y el respeto, favoreciendo la expresión de sus sentimientos. • Se le ayuda a identificar los problemas y las situaciones causantes del trastorno, se identifica la relación familiar y como afecta esta al paciente. • Se le proporciona información objetiva sobre los interrogantes que plantea, favoreciendo la expresión de sus sentimientos. • Se le desaconseja la toma de decisiones cuando se encuentre bajo un estrés intenso. 	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0904 - COMUNICACION RECEPTIVA	4920 ESCUCHA ACTIVA.	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interés por el paciente. • Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos y preocupaciones. • Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. • Estar atento al tono, tiempo, volumen e inflexión de la voz. • Identificar los temas predominantes. • Evitar barreras en la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura. 	

DIAGNÓSTICO: 00051 "DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL "

DOMINIO Nº 5: Percepción / cognición

CLASE 5 : Comunicación

DEFINICIÓN: *Disminución, retraso carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos*

Patrón 6: Cognición - Percepción

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

Dña. Pilar Caminero Luna

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado Nº 7:
**AUTOPERCEPCIÓN /
AUTOCONCEPTO**

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

CLASES: 1- AUTOCONCEPTO

2-AUTOESTIMA

3-IMAGEN CORPORAL

**ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO**

Diagnósticos

- ▶ Clase 1 Auto concepto:
 - 00124 Desesperanza
 - 00054 Riesgo de soledad
- ▶ Clase 2 : Autoestima:
 - 00119 Baja autoestima crónica
 - 00120 Baja autoestima situacional
- ▶ Clase 3 Imagen Corporal:
 - 00118 Trastorno imagen corporal

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00124 "DESESPERANZA "**DOMINIO Nº 6: Auto percepción****CLASE 1 : Auto concepto****DEFINICIÓN:** *Estadio subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasividad ✓ Disminución de las emociones ✓ Falta de iniciativa ✓ Aumento o disminución del sueño 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prolongada restricción de la actividad <input type="checkbox"/> Deterioro del estado fisiológico <input type="checkbox"/> Estrés de larga duración <input type="checkbox"/> Pérdida de la fe en los valores trascendentales

Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1201- ESPERANZA	5310 DAR ESPERANZA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados ▪ Ayudar al paciente /Familia a identificar áreas de esperanza en la vida 	120101 EXPRESIÓN DE UNA ORIENTACIÓN FUTURA POSITIVA
	5270 APOYO EMOCIONAL:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias ▪ Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional ▪ Permanecer con el paciente y proporcionar seguridad en los periodos de Ansiedad 	120102 EXPRESIÓN DE CONFIANZA
	5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar el grado de apoyo familiar ▪ Animar al paciente a participar en actividades sociales y comunitarias 	120104 EXPRESIONES DE RAZONES PARA VIVIR
	6340 PREVENCIÓN DE SUICIDIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar el grado de riesgo de suicidio ▪ Relacionarse con el paciente a intervalos regulares y dar oportunidad que hable sus sentimientos ▪ Tratar y controlar los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo suicida 	Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00124 "DESESPERANZA "**DOMINIO Nº 6: Percepción / cognición****CLASE 1 : Autoconcepto****DEFINICIÓN:** *Estadio subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.***Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1206- DESEOS DE VIVIR	5340 PRESENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Estar físicamente disponible como elemento de ayuda Manifestar actitud de aceptación y empatía hacia su situación estableciendo relación de confianza 	120601 EXPRESION DE DETERMINACION DE VIVIR 120613 UTILIZA TRATAMIENTOS PARA PROLONGAR LA VIDA 120615 PENSAMIENTOS SUICIDAS 120401 MUESTRA AFECTO APROPIADO
1204- EQUILIBRIO EMOCIONAL	5330. CONTROL DEL HUMOR	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar y fomentar el cumplimiento de la Medicación por parte del paciente Determinar si el paciente presenta riesgos para su propia seguridad y la de los demás 	Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00124 "DESESPERANZA "

DOMINIO Nº 6: Percepción / cognición

CLASE 1 : Autoconcepto

DEFINICIÓN: *Estadio subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.*

Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto

DIAGNÓSTICO: 00054 "RIESGO DE SOLEDAD "

DOMINIO Nº 6: Auto percepción

CLASE 1 : Auto concepto

DEFINICIÓN: *Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.*

	FACTORES DE RIESGO
	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Deprivación afectiva<input type="checkbox"/> Privación de catexis (Apego o adhesión consciente o inconsciente de sentimientos emocionales y significación a una idea, un objeto o más frecuentemente , una persona)<input type="checkbox"/> Aislamiento físico.<input type="checkbox"/> Aislamiento social.

Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1308 -ADAPTACION A LA DISCAPACIDAD	5230 Aumentar el afrontamiento	<p>El paciente deberá mantener un equilibrio entre la soledad y la interacción social utilizando los recursos personales, familiares y sociales para interrelacionarse con otros.</p> <p>Ayudar a identificar los factores causantes del sentimiento de soledad</p>	130802 Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad

DIAGNÓSTICO: 00054 "RIESGO DE SOLEDAD "

DOMINIO Nº 6: Auto percepción

CLASE 1 : Auto concepto

DEFINICIÓN: *Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.*

Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1908 DETECCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO	5430 Grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar el aprendizaje de habilidades, tanto intelectuales como manuales, para participar en actividades recreativas organizadas por la comunidad. • Proponer actividades que alivien la tensión, juegos no competitivos • Diseñar estrategias para establecer o reanudar progresivamente el contacto con familiares, amigos o grupos de la comunidad. • Mantener y reforzar el sentimiento de pertenencia al grupo y combatir el desarraigo • Fomentamos el aumento de responsabilidad consigo mismo 	190802 Identifica los posibles riesgos para su salud
1502 HABILIDADES DE INTERACCION SOCIAL	5340 Presencia		150212 Relaciones con los demás
INTEGRIDAD DE LA FAMILIA	4310 Terapia de actividad		260305 Interacciona frecuentemente con la familia
1504 SOPORTE SOCIAL	7100 Estimulación de la integridad familiar		150402 Refiere dedicación de tiempo de otras personas
1205 AUTOESTIMA	5100 Potenciación de la socialización		120502 Aceptación de las propias limitaciones
	5440 Aumentar los sistemas de apoyo		
	5400 Potenciación de la autoestima		
	5270 Apoyo emocional		

DIAGNÓSTICO: 00054 "RIESGO DE SOLEDAD "

DOMINIO Nº 6: Auto percepción

CLASE 1 : Auto concepto

DEFINICIÓN: *Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.*

Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto

DIAGNÓSTICO: 00119 "BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA"**DOMINIO Nº 6: Auto percepción****CLASE 2 : Autoestima****DEFINICIÓN:** *Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Depende de las opiniones de los demás. ✓ Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos. ✓ Exagera la retroalimentación negativa sobre sí mismo. ✓ Búsqueda excesiva de reafirmación. ✓ Expresiones de culpa ✓ Expresiones de vergüenza. ✓ Conducta indecisa ✓ Falta de contacto ocular. ✓ Pasivo. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adaptación ineficaz a una pérdida <input type="checkbox"/> Falta de afecto <input type="checkbox"/> Falta de aprobación <input type="checkbox"/> Falta de pertenencia a un grupo <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico <input type="checkbox"/> fracasos repetidos <input type="checkbox"/> Acontecimiento traumático <input type="checkbox"/> Percepción de falta de respeto por parte de los otros <input type="checkbox"/> Situación traumática

Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1205- Autoestima.	5400Potenciación de la autoestima.	●Observar las frases del paciente sobre su propia valía animándolo a identificar sus cualidades	120501 Verbalización de la aceptación
1614 – Autonomía personal	5220Potenciar la imagen corporal	●Recompensar el progreso del paciente en la consecución de sus objetivos	120502 Aceptación de las propias limitaciones
1204- Equilibrio emocional.	4700 Reestructuración Cognitiva	●Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoran su aspecto	120509 Mantenimiento del cuidado/higiene personal
1502- Habilidades de interacción social.	5270 Apoyo emocional.	●Ayudarlo a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal	161403 En el proceso de toma de elecciones muestra independencia
1208 – Nivel de depresión	5340 Presencia.	●Enseñar a cambiar autoafirmaciones	
	5430 Grupo de apoyo.	●Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como tristeza , ira o ansiedad, realizando frases de apoyo	161412 Afirma las preferencias personales
	5100 Potenciación de la socialización		
	5440Aumentar los sistemas de apoyo		
	5330 Control del humor	●Proporcionar ayuda en la toma de dedisiones	
	6340 Prevención de suicidios.		

DIAGNÓSTICO: 00119 "BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA"**DOMINIO Nº 6: Auto percepción****CLASE 2 : Autoestima****DEFINICIÓN:** *Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.***Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1205- AUTOESTIMA 0906 – TOMA DE DECISIONES. 1305- MODIFICACION PSICOSOCIAL: cambio de vida	5400 Potenciación de la autoestima. 5250 Apoyo en la toma de decisiones 5230 Aumentar el afrontamiento. 5100 Potenciación de la socialización. 5270 Apoyo emocional. 4470 Ayuda a la modificación de si mismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la existencia de puntos de vista alternativos y soluciones identificando ventajas y desventajas de cada uno • Aportar información para facilitar la decisión • Ayudarle a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y manejar su estilo de vida • Se le anima a la participación de grupos incentivando las relaciones con los demás • Ayudar al paciente a reconocer los sentimientos y las emociones, manifestándole apoyo y permaneciendo cerca de el • Favorecer la conversación o el llanto 	

DIAGNÓSTICO: 00119 "BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA"

DOMINIO N° 6: Auto percepción

CLASE 2 : Autoestima

DEFINICIÓN: *Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades..*

Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto

DIAGNÓSTICO: 00120 "BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL"**DOMINIO Nº 6: Auto percepción****CLASE 2 : Autoestima****DEFINICIÓN:** *Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos. ✓ Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones ✓ Expresión de impotencia ✓ Expresión de inutilidad ✓ Conducta indecisa ✓ Conducta no asertiva ✓ Verbalizaciones de negación de sí mismo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conducta inconsistente con los valores <input type="checkbox"/> Cambio de desarrollo <input type="checkbox"/> Alteración de la imagen corporal <input type="checkbox"/> Fracazos <input type="checkbox"/> Deterioro funcional <input type="checkbox"/> Falta de reconocimiento <input type="checkbox"/> Rechazos <input type="checkbox"/> Cambio de rol social

Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS
NOC 1: 1205 AUTOESTIMA	<input type="checkbox"/> NIC 1: 5400 Potenciación de la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la existencia de puntos de vista alternativos y soluciones identificando ventajas y desventajas de cada uno
NOC 2: 0906 TOMA DE DECISIONES.	<input type="checkbox"/> NIC 2: 5250 Apoyo en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Aportar información para facilitar la decisión
NOC 3: AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	<input type="checkbox"/> NIC 3: 5230 Aumentar el afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y manejar su estilo de vida
NOC 2 : 1305 MODIFICACION PSICOSOCIAL: cambio de vida	<input type="checkbox"/> NIC 4: 5100 Potenciación de la socialización.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le anima a la participación de grupos incentivando las relaciones con los demás
NOC 4: EJECUCION DEL ROL	<input type="checkbox"/> NIC 5: 5270 Apoyo emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a reconocer los sentimientos y las emociones, manifestándole apoyo y permaneciendo cerca de él
	<input type="checkbox"/> NIC 6: 4470 Ayuda a la modificación de sí mismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la conversación o el llanto

DIAGNOSTICO 120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar),

DIAGNÓSTICO: 00128 "TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL"**DOMINIO Nº 6: Auto percepción****CLASE 3 : Imagen corporal****DEFINICIÓN:** *Confusión en la imagen mental y el yo físico*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conductas de reconocimiento del propio cuerpo ✓ Conductas de evitación del propio cuerpo ✓ Respuesta no verbal a cambios corporales reales ✓ Verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal ✓ Cambio en la implicación social ✓ Ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo ✓ Falta de una parte del cuerpo ✓ No tocar una parte del cuerpo ✓ Exagerar los logros ✓ Personalización de la pérdida dándole un nombre ✓ Temor a la reacción de otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Biofísicos <input type="checkbox"/> Cognitivos <input type="checkbox"/> Culturales <input type="checkbox"/> Cambios de desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Tratamiento de la enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Perceptuales <input type="checkbox"/> Psicosociales <input type="checkbox"/> Espirituales <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Traumatismo

Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1200- Imagen corporal	5230 Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a desarrollar relaciones • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad 	12005 Satisfacción con el aspecto corporal
	5820 Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente sobre técnicas de relajación 	120010 Voluntad para utilizar estrategias que mejora su aspecto
	4700 Reestructuración Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar la paciente a identificar sus puntos fuertes, reforzándolos • Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. 	
1302- Afrontamiento de problemas	5820 Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas 	130202 Adopta conductas para reducir el estrés
	1030 Control de trastornos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a determinar el alcance de sus cambios reales producidos en su cuerpo y su funcionamiento 	130212 Utiliza estrategias de superación efectivas
	5220 Potenciación de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si un cambio en la imagen corporal ha contribuido al aislamiento social 	

DIAGNÓSTICO: 00128 "TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL"**DOMINIO Nº 6: Auto percepción****CLASE 3 : Imagen corporal****DEFINICIÓN:** *Confusión en la imagen mental y el yo físico.***Patrón 7 : Auto percepción - Auto concepto**

DOMINIO 7: ROL/ RELACIONES

Dña. Carmen Castelo Sardina

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional nº 8
"ROL/ RELACIONES"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 7: ROL/ RELACIONES

CLASES: 1- ROL DEL CUIDADOR

2- RELACIONES FAMILIARES

3- DESEMPEÑO DEL ROL

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO / GRVEMENTE COMPROMETIDO HASTA NO
COMPROMETIDO

Diagnósticos

- 00061 "CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR"
- 00063 "PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES"
- 00055 "DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL"
- 00052 " DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00061 "CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR"
DOMINIO Nº 7: Rol / relaciones
CLASE 1 : Roles de cuidador
DEFINICIÓN: *Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas ✓ Cambio disfuncional en las actividades del cuidador ✓ Sentimientos de depresión, frustración ✓ Afrontamiento individual deteriorado ✓ Labilidad emocional creciente ✓ Nerviosismo creciente ✓ Somatización ✓ Estrés ✓ Conflicto familiar 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas cognitivos(<i>del receptor de los cuidados</i>) <input type="checkbox"/> Gravedad de la enfermedad <input type="checkbox"/> Cronicidad de la enfermedad <input type="checkbox"/> Crecientes necesidades de cuidados <input type="checkbox"/> Conductas problemáticas <input type="checkbox"/> Salud inestable del receptor de los cuidados <input type="checkbox"/> Incapacidad para satisfacer las expectativas propias y ajenas(<i>del Cuidador</i>) <input type="checkbox"/> Problemas físicos y psicológicos <input type="checkbox"/> Patrones de afrontamiento marginales <input type="checkbox"/> Expectativas irreales <input type="checkbox"/> Recursos comunitarios inadecuados <input type="checkbox"/> Entorno físico inadecuado <input type="checkbox"/> Falta de soporte <input type="checkbox"/> Falta de energía física <input type="checkbox"/> <i>Existen muchos mas, ver NANDA Internacional</i>

Patrón 8 : Rol - Relaciones

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
2602- FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • APOYO A LA FAMILIA (7140) • APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL (7040) • FOMENTAR LA IMPULSACIÓN FAMILIAR (7110) • FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR (7200) • MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS FAMILIARES (7130) • TERAPIA FAMILIAR (7150) 		<p>LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA REPRESENTAN LOS ROLES ESPERADOS</p> <p>UTILIZA RECURSOS INCLUYENDO GRUPOS DE APOYO CUANDO ES NECESARIO</p> <p>DISTRIBUYE LAS RESPONSABILIDADES ENTRE LOS MIEMBROS</p> <p>IMPULSA A LOS MIEMBROS EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS</p> <p>SE APOYAN Y AYUDAN LOS UNOS A LOS OTROS</p> <p>PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DE LA COMUNIDAD</p> <p>Escala :</p> <p>1- Nunca demostrada</p> <p>2- Raramente demostrada</p> <p>3- A veces demostrada</p> <p>4- Frecuentemente demostrada</p> <p>5- Siempre demostrada</p>
2604- NORMALIZACIÓN DE LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • ASESORAMIENTO (5240) • APOYO A LA FAMILIA (7140) • POTENCIACIÓN DE ROLES (5370) • CONTROL DE LA CONDUCTA (4350) 		
2600- SUPERACION DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • MEDIACION DE CONFLICTOS (5020) • AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230) • TERAPIA FAMILIAR (7150) 		

DIAGNÓSTICO: 00061 "CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR"
DOMINIO Nº 7: Rol / relaciones
CLASE 1 : Roles de cuidador
DEFINICIÓN: *Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.*
Patrón 8 : Rol - Relaciones

DIAGNÓSTICO: 00063 "PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES"**DOMINIO Nº 7: Rol / relaciones****CLASE 2 : Relaciones familiares****DEFINICIÓN:** *las funciones psicosociales, espirituales, y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de problemas, resistencia al cambio, y una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abuso de alcohol ✓ Fallo en el desempeño de las tareas de desarrollo ✓ Deterioro de la comunicación ✓ Incapacidad para satisfacer necesidades: emocionales, de seguridad, de recibir ayuda ✓ Deterioro de las relaciones familiares ✓ Desempeño parental inconsciente ✓ Negligencia en las obligaciones ✓ resentimiento ✓ Fracaso ✓ Desesperanza ✓ Falta de cohesión ✓ Vulnerabilidad ✓ Abusos ✓ Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Habilidades de afrontamiento inadecuadas <input type="checkbox"/> Falta de habilidades para la solución de problemas <input type="checkbox"/> Influencias de tóxicos <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de resistencia al tratamiento

Patrón 8 : Rol - Relaciones

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
2604- NORMALIZACION DE LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASESORAMIENTO (5240) ▪ APOYO A LA FAMILIA (7140) ▪ POTENCIACIÓN DE ROLES (5370) ▪ CONTROL DE LA CONDUCTA (4350) ▪ MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS FAMILIARES (7130) ▪ MODIFICACION DE LA CONDUCTA (4360) 		RECONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE ALTERACIONES SATISFACE LAS NECESIDADES PSICOSOCIALES SATISFACE LAS NECESIDADES FISICAS COMUNICA LA IMPORTANCIA DE MANTENER LAS ACTIVIDADES NORMALES MANTIENE LAS RUTINAS HABITUALES UTILIZA RECURSOS Y GRUPOS DE APOYO Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado
2602- FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APOYO A LA FAMILIA (7140) ▪ APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL (7040) ▪ FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR (7110) ▪ FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR (7200) ▪ MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS FAMILIARES (7130) ▪ TERAPIA FAMILIAR (7150) 		
2600- SUPERACION DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDIACION DE CONFLICTOS (5020) ▪ AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230) ▪ TERAPIA FAMILIAR (7150) ▪ ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR (7100) 		

DIAGNÓSTICO: 00063 "PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES"**DOMINIO Nº 7: Rol / relaciones****CLASE 2 : Relaciones familiares****DEFINICIÓN:** *las funciones psicosociales, espirituales, y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de problemas, resistencia al cambio, y una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas***Patrón 8 : Rol - Relaciones**

DIAGNÓSTICO: 00055 "DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL"**DOMINIO Nº 7: Rol / relaciones****CLASE 3 : Desempeño del rol****DEFINICIÓN:** *Patrones de conducta y expresión propia que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto en el que se encuentra.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración en las percepciones del rol ✓ Motivación inadecuada ✓ Conocimientos deficientes ✓ Afrontamiento inadecuado ✓ Habilidades inadecuadas ✓ Sobrecarga en el desempeño del rol ✓ Apoyo externo inadecuado ✓ Expectativas inadecuadas ✓ Depresión ✓ Ansiedad ✓ Impotencia ✓ Conflicto con el sistema ✓ Cambio en los patrones habituales de responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Expectativas poco realistas <input type="checkbox"/> Trastorno mental <input type="checkbox"/> Déficits cognitivos <input type="checkbox"/> Defectos neurológicos <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Nivel de desarrollo <input type="checkbox"/> Falta de recursos <input type="checkbox"/> Sistema de soporte inadecuado

Patrón 8 : Rol-Relaciones

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1302- AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APOYO A LA FAMILIA (7140) ▪ POTENCIACIÓN DE ROLES (5370) ▪ CLARIFICACIÓN DE VALORES (5480) ▪ AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230) ▪ AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SI MISMO (4470) 		RECONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE ALTERACIONES SATISFACE LAS NECESIDADES PSICOSOCIALES SATISFACE LAS NECESIDADES FÍSICAS COMUNICA LA IMPORTANCIA DE MANTENER LAS ACTIVIDADES NORMALES MANTIENE LAS RUTINAS HABITUALES UTILIZA RECURSOS Y GRUPOS DE APOYO ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO PERDIDA DE INTERÉS CULPABILIDAD NIVEL DE ACTIVIDAD ALTERADO AUSENCIA DE PLACER SENTIMIENTOS DE INDIFFERENCIA
1305- ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APOYO EMOCIONAL (5270) ▪ ASESORAMIENTO (5240) ▪ AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230) ▪ GUÍA DE ANTICIPACIÓN (5210) 		ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO PERDIDA DE INTERÉS CULPABILIDAD NIVEL DE ACTIVIDAD ALTERADO AUSENCIA DE PLACER SENTIMIENTOS DE INDIFFERENCIA
1208- NIVEL DE DEPRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDIACIÓN DE CONFLICTOS (5020) ▪ TERAPIA FAMILIAR (7150) ▪ ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR (7100) ▪ ACUERDO CON EL PACIENTE (4420) ▪ APOYO EMOCIONAL (5270) ▪ CONTROL DE LA MEDICACIÓN (2380) ▪ DAR ESPERANZA (5310) ▪ REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (4700) 		Escala: 1- gravemente comprometida 2- sustancialmente comprometida 3- moderadamente comprometida 4- levemente comprometida 5- No comprometida

DIAGNÓSTICO: 00055 "DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL"**DOMINIO Nº 7: Rol / relaciones****CLASE 3 : Desempeño del rol****DEFINICIÓN:** *Patrones de conducta y expresión propia que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto en el que se encuentra.***Patrón 8 : Rol - Relaciones**

DIAGNÓSTICO: 00052 "DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL"**DOMINIO Nº 7: Rol / relaciones****CLASE 3 : Desempeño del rol****DEFINICIÓN:** *Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Malestar en las situaciones sociales ✓ Interacción disfuncional con los demás ✓ Uso de conductas de interacción social infructuosas ✓ Incapacidad para comunicar y/o recibir una sensación satisfactoria de implicación social (por ej., pertenencia, cariño interés, historia compartida) ✓ Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausencia de personas significativas <input type="checkbox"/> Barreras de comunicación <input type="checkbox"/> Alteración de los procesos de pensamiento <input type="checkbox"/> Déficit en las formas de fomentar la reciprocidad (conocimientos, habilidades) <input type="checkbox"/> Trastorno del auto concepto <input type="checkbox"/> Disonancia sociocultural <input type="checkbox"/> Aislamiento terapéutico <input type="checkbox"/> Barreras ambientales

Patrón 8 : Rol - Relaciones

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1502- HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL 2601- CLIMA SOCIAL DE LA FAMILIA 1503- IMPLICACIÓN SOCIAL 1504- SOPORTE SOCIAL 1604- PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO	<ul style="list-style-type: none"> • ASesoramiento (5240) • DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820) • MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES (4362) • ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD (4820) • POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA (5400) • ENTRENAMIENTO DE LA ASERTIVIDAD (4340) • APOYO A LA FAMILIA (7140) • APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL (7040) • FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR (7110) • FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR (7200) • MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS FAMILIARES (7130) • TERAPIA FAMILIAR (7150) • MEDIACIÓN DE CONFLICTOS (5020) • AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230) • TERAPIA FAMILIAR (7150) • ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR (7100) 		USO DE HABILIDADES SOCIALES Y DE INTERACCIÓN APROPIADAS SATISFACE LAS NECESIDADES PSICOSOCIALES PARTICIPA EN ACTIVIDADES SOCIALES COMPARTE PROBLEMAS CON LA FAMILIA IDENTIFICACIÓN DE OPCIONES RECREATIVAS UTILIZA RECURSOS Y GRUPOS DE APOYO ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00052 "DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL"**DOMINIO Nº 7: Rol / relaciones****CLASE 3 : Desempeño del rol****DEFINICIÓN:** *Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.***Patrón 8 : Rol -Relaciones**

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Dña. María Luisa González Pérez.

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado nº 9
"SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN."

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

CLASES: 1- IDENTIDAD SEXUAL

2- FUNCIÓN SEXUAL

3- REPRODUCCIÓN

**ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO**

Diagnósticos

- 00059 "Disfunción sexual."
- 00065. "Patrón sexual ineficaz."

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00059 "DISFUNCIÓN SEXUAL"

DOMINIO N° 8: Sexualidad

CLASE 2 : Función sexual

DEFINICIÓN: Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactoria, inadecuada o no gratificante.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none">✓ Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactoria, inadecuada o no gratificante.✓ Manifestado por: verbalización del problema, conflicto de valores, alteración en el logro de la satisfacción sexual, búsqueda continua de confirmación de ser sexualmente deseable.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Medicación,<input type="checkbox"/> conceptos erróneos o falta de ellos,<input type="checkbox"/> conflicto de valores,<input type="checkbox"/> falta de intimidad,<input type="checkbox"/> abuso físico..

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1905- Control de riesgo	8820 Control de enfermedades transmisibles. 5248 Asesoramiento sexual 5622 Enseñanza sexo seguro.	<ul style="list-style-type: none">• Insistir en la toma de precauciones en las relaciones sexuales para evitar la adquisición de enfermedades de transmisión sexual• Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto con un buen grado de intimidad.• Hacer hincapié en la necesidad de controlar sus impulsos sexuales.• Tranquilizar sobre los efectos no deseados de la medicación en la sexualidad, explicándole diferentes alternativas para no verse en la necesidad de dejar la medicación.• Enseñar a ser selectivo a la hora de elegir compañero/a sexual, subrayando la importancia del uso de preservativos.	<p>Comprobar conocimientos adquiridos por parte del paciente y pareja mediante entrevista autoevaluable.</p> <p>Observar signos: desasosiego, imitabilidad, miedo, desconfianza, imposibilidad del seguimiento en consulta.</p> <p>Comprobación de conocimientos adquiridos por parte del paciente y pareja mediante entrevista autoevaluable.</p>

DIAGNÓSTICO: 00059 "DISFUNCIÓN SEXUAL"

DOMINIO N° 8: Sexualidad

CLASE 2 : Función sexual

DEFINICIÓN: Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactoria, inadecuada o no gratificante.

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1905- Control de riesgo	4356 Control de la conducta sexual.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar conductas sexuales inadecuadas, haciéndoselas ver al paciente y poniéndole límites. Dialogar sobre la razón de que su conducta sexual sea inaceptable y las consecuencias de realizarla. 	Comprobar conocimientos adquiridos por parte del paciente y pareja mediante entrevista autoevaluable.
	4370 Entrenamiento control de impulsos.	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a identificar el problema o la situación que le hacen perder la serenidad y reaccionar de forma impulsiva. Buscar conjuntamente la mejor forma de controlar las conductas impulsivas, reforzándole positivamente cada éxito. Animar a buscar soluciones en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico. 	Observar conductas impulsivas. Comprobar ámbitos sociales/grupo de amistad.

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1905- Control de riesgo	4480 Facilitar la responsabilidad consigo mismo.	<ul style="list-style-type: none"> Averiguar los conocimientos que tiene sobre cuidados de salud y fomentar la expresión oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad de sus cuidados. Establecer límites ante conductas manipuladoras. Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de responsabilidad de sus cuidados. Establecer límites ante conductas manipuladoras. 	Realizar prueba objetiva sobre conocimientos adquiridos.

DIAGNÓSTICO: 00059 "DISFUNCIÓN SEXUAL"

DOMINIO N° 8: Sexualidad

CLASE 2 : Función sexual

DEFINICIÓN: *Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactoria, inadecuada o no gratificante.*

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0119- Funcionamiento sexual	5480 Clarificación de valores. 5248 Asesoramiento sexual.	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar preguntas adecuadas para ayudarle a reflexionar sobre la situación y lo personalmente importante. Animar a hacer una lista de valores para guiar la conducta en distintos ambientes y situaciones. Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto con un buen grado de intimidad. Hacer hincapié en la necesidad de controlar sus impulsos sexuales. Tranquilizar sobre los efectos no deseados de la medicación en la sexualidad, explicándole diferentes alternativas para no verse en la necesidad de dejar la medicación. 	<p>Verificar mediante entrevista los valores adquiridos.</p> <p>Observar signos: desasosiego, irritabilidad, miedo, desconfianza, imposibilidad del seguimiento en consulta</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0119- Funcionamiento sexual	5400 Potenciación de la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios y ayudar a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo, así como evaluar su propia conducta. Animar a establecer objetivos realistas para lograr una autoestima más alta. Realizar afirmaciones positivas sobre él. 	Comprobar mediante entrevista los objetivos que se ha planteados..

DIAGNÓSTICO: 00059 "DISFUNCIÓN SEXUAL"

DOMINIO Nº 8: Sexualidad

CLASE 2 : Función sexual

DEFINICIÓN: *Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactoria, inadecuada o no gratificante.*

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

DIAGNÓSTICO: 00065 "PATRON SEXUAL INEFECTIVO"**DOMINIO Nº 8: Sexualidad****CLASE 2 : Función sexual****DEFINICIÓN:** *Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactoria, inadecuada o no gratificante.*

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad. ✓ Manifestado por: manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o en las actividades sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Relacionado con: falta de un persona significativa, <input type="checkbox"/> conflicto en la orientación sexual, <input type="checkbox"/> miedo al embarazo o a las ETS, <input type="checkbox"/> déficit de conocimientos o habilidades.

Patrón 9: Sexualidad -Reproducción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1501- Desempeño de un rol	5240 Asesoramiento 5370 Potenciación de roles.	<ul style="list-style-type: none"> Establecer relación terapéutica con el paciente basada en la confianza y el respeto, favoreciendo la expresión de sus sentimientos. Ayudar a identificar los problemas y las situaciones causantes del trastorno. Ofrecer información objetiva sobre las preguntas que se plantea. Desaconsejar la toma de decisiones estando bajo un estrés intenso. Facilitar la oportunidad de practicar su verdadero rol con nuevas conductas, apoyándole a identificar las que sean necesarias para conseguir desarrollar su rol. Ayudar a identificar los diversos papeles que desempeña. 	Valorar que el paciente ha recibido adecuadamente la información.

DIAGNÓSTICO: 00065 "PATRON SEXUAL INEFECTIVO"**DOMINIO Nº 8: Sexualidad****CLASE 2 : Función sexual****DEFINICIÓN:** *Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactoria, inadecuada o no gratificante.***Patrón 9: Sexualidad - Reproducción**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1501- Desempeño de un rol	5622 Enseñanza sexo seguro.	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar a ser selectivo a la hora de elegir compañero/a sexual, subrayando la importancia del uso de preservativos. 	Comprobación de conocimientos adquiridos por parte del paciente y pareja mediante entrevista autoevaluable.

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1207- Identidad sexual: Aceptación	5248 Asesoramiento sexual. 5230 Aumentar el afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto con un buen grado de intimidad. Hacer hincapié en la necesidad de controlar sus impulsos sexuales. Tranquilizar sobre los efectos no deseados de la medicación en la sexualidad, explicándole diferentes alternativas para no verse en la necesidad de dejarla medicación. Favorecer relaciones con otras personas con objetivos e intereses comunes. Animar a expresar sentimientos y miedos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva. Ayudar a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida. 	Observar signos: desasosiego, irritabilidad, miedo, desconfianza, imposibilidad del seguimiento en consulta

DIAGNÓSTICO: 00065 "PATRON SEXUAL INEFECTIVO"

DOMINIO N° 8: Sexualidad

CLASE 2 : Función sexual

DEFINICIÓN: *Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactoria, inadecuada o no gratificante.*

Patrón 9: Sexualidad -Reproducción

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1207- Identidad sexual: Aceptación	5820 Disminución de la ansiedad..	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a identificar situaciones que provocan ansiedad. Establecer actividades encaminadas a la reducción de la tensión. Instruir sobre técnicas de relajación. 	Valorar nivel de ansiedad: -Desasosiego. -Impaciencia. -Irritabilidad.

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1207- Identidad sexual: Aceptación	5820 Disminución de la ansiedad..	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a identificar situaciones que provocan ansiedad. Establecer actividades encaminadas a la reducción de la tensión. Instruir sobre técnicas de relajación. 	Valorar nivel de ansiedad: -Desasosiego. -Impaciencia. -Irritabilidad.

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1200- Imagen corporal.	5220 Potenciación de la imagen corporal. 5270 Apoyo emocional..	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas de sí mismo. Ayudar a identificar acciones que mejoren su aspecto. Determinar las expectativas corporales del paciente y la posibilidad de que le creen parálisis social si no son lo que espera de sí mismo. Comentar con el paciente la experiencia emocional y su desencadenante. Ayudar a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza, animándole a que los exprese. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 	Valorar nivel de ansiedad: -Desasosiego. -Impaciencia. -Irritabilidad.

DIAGNÓSTICO: 00065 "PATRON SEXUAL INEFECTIVO"

DOMINIO Nº 8: Sexualidad

CLASE 2 : Función sexual

DEFINICIÓN: Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactoria, inadecuada o no gratificante.

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Dña. María Luisa Luna Navarro

Dña. Grace Katia Cañizares Pozo.

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado Nº. 10
ADAPTACION - TOLERANCIA .

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

CLASES: 1- RESPUESTAS POSTRAUMATICAS

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00141 SINDROME
POSTRAUMATICO.

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00141 "SÍNDROME POSTRAUMÁTICO"**DOMINIO N° 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés****CLASE 1 : Respuestas postraumáticas****DEFINICIÓN:** *Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agresión, alineación, alteración del estado de humor, rabia, ansiedad, habitación, negación, depresión desvinculación. ✓ Alteración del estado del humor. ✓ Dificultades para concentrarse, respuesta de alarma exagerada. ✓ Duelo, culpa, cefaleas, desesperanza, hipervigilancia, sueños inquietantes, irritabilidad, pesadillas, cólera, violación. ✓ Irritabilidad neuropsensorial, amnesia psicógena, represión, vergüenza, abuso de sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abuso (Físico o psicológico).Represalia moral no justificada. Accidentes graves, lesión grave a personas queridas, autolesión grave. <input type="checkbox"/> Acontecimientos fuera de la gama de las experiencias humanas habituales. <input type="checkbox"/> Acontecimiento trágico que implica múltiples muertes. <input type="checkbox"/> Amenaza grave a las personas queridas. <input type="checkbox"/> Amenaza personal grave.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1045- CONTROL DE IMPULSOS.	5270.APOYO HEMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Se comenta con el paciente la experiencia emocional y desencadenante. Se le ayuda a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza, animándole a que los exprese, manifestando apoyo y permaneciendo con él durante periodos de mas ansiedad Se favorece la conservación y el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional. Se favorece la conservación y el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional. 	

DIAGNÓSTICO: 00141 "SÍNDROME POSTRAUMÁTICO"**DOMINIO N° 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés****CLASE 1 : Respuestas postraumáticas****DEFINICIÓN:** *Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.***Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1404 - CONTROL DEL MIEDO.	5240. ASESORAMIENTO.	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece una relación terapéutica con el paciente, basada en la confianza y el respeto, favoreciendo la expresión de sus sentimientos. • Se le ayuda a identificar los problemas y las situaciones causantes del trastorno, se identifica la relación familiar y como afecta esta al paciente. • Se le proporciona información objetiva sobre los interrogantes que plantea, favoreciendo la expresión de sus sentimientos. • Se le desaconseja la toma de decisiones cuando se encuentre bajo un estrés intenso. 	

DIAGNÓSTICO: 00141 "SÍNDROME POSTRAUMÁTICO"

DOMINIO N° 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

CLASE 1 : Respuestas postraumáticas

DEFINICIÓN: *Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.*

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado Nº. 10
ADAPTACION/ TOLERANCIA AL
ESTRÉS.

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

CLASES: 2- RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00071. AFRONTAMIENTO DEFENSIVO
- 00146. ANSIEDAD
- 00074. AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO
- 00069 "AFRONTAMIENTO INEFICAZ"
- 00135 "DUELO COMPLICADO"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00071 "AFRONTAMIENTO DEFENSIVO"**DOMINIO Nº 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés****CLASE 2: Respuestas de afrontamiento****DEFINICIÓN:** Proyección repetida de una auto evaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que define a la persona de los que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Negación de problemas. ✓ Negación de debilidades evidentes. ✓ Dificultad para establecer relaciones. ✓ Dificultad en percibir pruebas de la realidad. ✓ Hipersensibilidad a los desaires. ✓ Falta de seguimiento de la terapia. ✓ Proyección de culpa. ✓ Nacionalización de los fracasos. ✓ Distorsión de la realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conflicto entre la auto percepción y el sistema de valores. <input type="checkbox"/> Sistema de soporte deficiente. <input type="checkbox"/> Bajo nivel de confianza en los demás. <input type="checkbox"/> Bajo nivel de confianza en si mismo. <input type="checkbox"/> Falta de capacidad de recuperación. <input type="checkbox"/> Miedo a las repercusiones. <input type="checkbox"/> Actitud de superioridad hacia otros.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1300-ACEPTACION: ESTADO DE SALUD.	5470. DECLARAR LA VERDAD AL PACIENTE. 5390. PONTECIACION DE LAS CONSECUENCIAS SOBRE SI MISMO.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se determina el deseo del paciente para obtener información veraz sobre su enfermedad y el pronostico de la misma, así como sobre las recaídas por el abandono de tratamiento. ▪ Se le informa claramente de todo lo relacionado con su proceso, evitando entrar en discusión. ▪ Se le anima a reconocer y discutir sus pensamientos, moderándole que cada ser es único. ▪ Se le ayuda a ser consciente de sus frases negativas sobre si mismo, así como a identificar sus atributos positivos. ▪ Se le apoya para que identifique los sentimientos de culpa y las situaciones que precipitan ansiedad. Así como búsqueda de motivaciones para ejercer un cambio en ciertos aspectos de la vida. 	130008. Nombre Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. 130007. Nombre. Expresa sentimientos sobre su estado de salud. 13011 Nombre. Toma de decisiones relacionadas con la salud.

DIAGNÓSTICO: 00071 "AFRONTAMIENTO DEFENSIVO"**DOMINIO Nº 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés****CLASE 2: Respuestas de afrontamiento****DEFINICIÓN:** Proyección repetida de una auto evaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que define a la persona de los que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.**Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1502-HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL.	4340 ENTRENAMIENTO DE LA ASERTIVIDAD.	<ul style="list-style-type: none"> Se le ayuda a diferenciar las diferentes conductas y a reconocer las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación. Se le apoya para identificar los pensamientos derrotistas y los que están fuera de la realidad. Se le instruye en las distintas formas de actuar afirmativamente, monitorizando el nivel de ansiedad que le produce el cambio de conducta.. 	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1502-AUTOESTIMA.	5400 PONTENCIACION DE LA AUTOESTIMA.	<ul style="list-style-type: none"> Se determina la confianza del paciente en sus propios juicios y se le ayuda a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo, así como a evaluar su propia conducta. Se le anima a aceptar nuevos desafíos con la confianza de ser capaz de superar los obstáculos. Se le facilitan actividades que aumenten la autoestima y la confianza en su capacidad de realizar cosas, tanto de forma individual como en grupos. Evitamos realizar críticas negativas, mostrando confianza en que es capaz de controlar la situación. Fomentamos el aumento de responsabilidad consigo mismo. 	<p>120501 : Verbalización de la aceptación.</p> <p>12057 :Comunicación abierta.</p> <p>Escala: 1-Nunca demostrado. 2-Raramente demostrado. 3-A veces demostrado. 4-Frecuentemente demostrado. 5-Siempre demostrado.</p>

DIAGNÓSTICO: 00071 "AFRONTAMIENTO DEFENSIVO"

DOMINIO Nº 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento

DEFINICIÓN: Proyección repetida de una auto evaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que define a la persona de los que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

DIAGNÓSTICO: 00146 "ANSIEDAD"**DOMINIO Nº 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés****CLASE 2: Respuestas de afrontamiento**

DEFINICIÓN: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conductuales: <ul style="list-style-type: none"> - Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. - Nerviosismo - Insomnio ✓ Afectivas: <ul style="list-style-type: none"> - Aprensión - Angustia - Distrés - Temor ✓ Fisiológicas <ul style="list-style-type: none"> - Temblor de manos - Voz temblorosa - Aumento de la tensión ✓ Cognitivas: <ul style="list-style-type: none"> - Conciencia de los síntomas fisiológicos ✓ Simpáticas y parasimpáticas <ul style="list-style-type: none"> - Anorexia - Diarrea - Aumento del pulso - Dificultad respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambios en: <ul style="list-style-type: none"> - Situación económica - El estado de salud - La función del rol <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Amenaza de muerte <input type="checkbox"/> Amenaza para: <ul style="list-style-type: none"> - El entorno - El autoconcepto <input type="checkbox"/> Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales <input type="checkbox"/> Conflicto inconsciente sobre los valores esenciales <input type="checkbox"/> Necesidades no satisfechas

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1300- Aceptación: estado de salud.	5820. Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad y crear un ambiente que facilite la confianza para expresar sentimientos, percepciones y miedos. • Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan ansiedad. • Asesorar al paciente sobre el tratamiento pautado, si es preciso. 	Valorar nivel de ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> -Desasosiego -Impaciencia -Irritabilidad
1402- Autocontrol de la ansiedad.	6160. Intervención en caso de crisis	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de un ambiente adecuado • Identificar factores desencadenantes o precipitantes. • Ayudar a identificar valores y habilidades personales utilizados en la resolución de crisis. 	Autocontrol de ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> -Elimina precursores de ansiedad. -Disminuye estímulos ambientales cuando está ansioso. -Planea estrategias para superar situaciones estresantes.

DIAGNÓSTICO: 00146 "ANSIEDAD"**DOMINIO Nº 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés****CLASE 2: Respuestas de afrontamiento**

DEFINICIÓN: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1405- Control de los impulsos.	5880. Técnicas de relajación.	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la calma de forma deliberada. Facilitar la respiración lenta y profunda. Eliminar o disminuir estímulos que crean miedo o ansiedad. Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, utilizando la técnica apropiada a cada usuario. 	Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado
1502- Habilidades de interacción social.	5240. Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación terapéutica con el usuario, favoreciendo la expresión de sus sentimientos. Proporcionar información objetiva sobre las demandas que plantea. Ayudarlo a hacer lista de prioridades ante problemas de la vida cotidiana 	

DIAGNÓSTICO: 00146 "ANSIEDAD"

DOMINIO Nº 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento

DEFINICIÓN: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

DIAGNOSTICO. Nº 00074. " AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO".

DOMINIO 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento..

DEFINICION: La persona principal que habitualmente brinda soporte proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o esta comprometido.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La persona significativa trata de poner en practica conductas de ayuda con resultados insatisfactorios. ✓ La persona significativa muestra una conducta protectora desproporcionada a las capacidades del paciente. ✓ La persona significativa establece una comunicación personal limitada con el cliente. ✓ La persona significativa se aparta del cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El cliente expresa una queja por la respuesta de la persona significativa al problema de salud. <input type="checkbox"/> El cliente expresa preocupación por la respuesta de la persona significativa del problema de salud. <input type="checkbox"/> La persona significativa expresa una base de conocimientos inadecuada, lo que interfiere con las conductas de apoyo. <input type="checkbox"/> La persona significativa expresa una comprensión inadecuada, lo que interfiere con conductas de apoyo eficaces. <input type="checkbox"/> La persona significativa describe preocupación por la reacción personal(p.ej., temor, duelo anticipado, culpa, ansiedad) ante la necesidad del cliente.
Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS
NOC 2; 26604. NORMALIZACION DE LA FAMILIA.	<input type="checkbox"/> NIC 1 : Nº 7040. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL. NIC 2: FOMENTAR LA IMPLICACION FAMILIAR.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se determina el nivel de conocimientos que el cuidador tiene sobre la enfermedad y el carácter del paciente, animándole en la difícil tarea de adoptar el rol de cuidador.. ▪ Realizaremos afirmaciones positivas sobre sus esfuerzos. ▪ Se muestra al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para conservar la propia salud física y mental.. ▪ Se establece una relación personal con el paciente y la familia. ▪ Identificamos la capacidad de los familiares para implicarse en el cuidado del paciente, animadores a que actúen mediante un plan de cuidados.

DIAGNOSTICO. Nº 00074. AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

La persona principal que habitualmente brinda soporte proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o esta comprometido.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS
NOC 3 2600. SUPERACION DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES.	☐NIC 1 : Nº 4410. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudamos al paciente a desarrollar expectativas realistas sobre el mismo en el desempeño de sus papeles, se le anima a identificar objetivos realistas que puedan alcanzar en términos positivos. ▪ Se le ayuda a priorizar los objetivos identificados, intentando que se centre en los resultados esperados mas que en los deseados. ▪ Le animamos a aceptar objetivos parciales de satisfacción. ▪ Le facilitamos la identificación de resultados individualizados para cada objetivo.

DIAGNOSTICO Nº 00074. AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO.

La persona principal que habitualmente brinda soporte proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o esta comprometido.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

DIAGNOSTICO: 00069 "AFRONTAMIENTO INEFICAZ"

DOMINIO N°: 9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento

DEFINICIÓN: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambio de patrones de comunicación habituales. ✓ Reducción en el uso de apoyo social. ✓ Conducta destructiva hacia los otros. ✓ Conducta destructiva hacia sí mismo. ✓ Fatiga. ✓ Trastornos del sueño. ✓ Falta de resolución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incertidumbre. <input type="checkbox"/> Trastorno en los patrones de liberación de tensión. <input type="checkbox"/> Falta de confianza en la capacidad de afrontamiento. <input type="checkbox"/> Inadecuado nivel de percepción de control. <input type="checkbox"/> Crisis de maduración. <input type="checkbox"/> Crisis situacionales.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
NOC 1 :1300- ACEPTACIÓN DEL ESTADO DE SALUD.	<input type="checkbox"/> NIC 1 : Apoyo emocional. (5250) <input type="checkbox"/> NIC 2 : Aumentar el afrontamiento. (5230)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar a identificar con el usuario qué ha desencadenado las emociones. • Ayudar a reconocer sus sentimientos, animándole a que los exprese (ira, tristeza, enfado, rabia), manifestándole apoyo y acompañándolo durante los períodos de mayor ansiedad. • Favorecer la conversación y el llanto para disminuir la respuesta emocional. • Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de manera serena y sencilla. • Valorar el impacto de la situación vital en su rol y relaciones. • Utilizar un enfoque sereno de reafirmación. 	<p>N° 130007. Expresa sentimientos sobre el estado de salud.</p> <p>N° 130001. Tranquilidad.</p> <p>N° 130012. Clarificación de valores percibido.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p> <p>N° 13008. Reconocimiento de la realidad de situación de la salud.</p> <p>N° 130020. Expresa consideración por sí mismo positiva.</p> <p>N° 130011. Toma de decisiones relacionadas con la salud, continúa...</p>

DIAGNOSTICO: 00069 "AFRONTAMIENTO INEFICAZ"

Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
		<ul style="list-style-type: none"> • Animarle a expresar sentimientos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver problemas. • Ayudarle a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida. • Evaluar la capacidad del usuario para tomar decisiones. 	<p>Nº 1300013. Renovación de un sentimiento de ganancia.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
NOC 2 : 1401- AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN.	<p>NIC 1 : Ayuda en la modificación de sí mismo. (4470)</p> <p>NIC 2 : Ayuda para el control del enfado. (4640)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animarle a que examine sus valores y creencias personales y la satisfacción que encuentra en ellos. • Ayudar a identificar las conductas y los objetivos que deben cambiarse para conseguir la meta deseada, identificando las estrategias más efectivas para el cambio de conducta. • Se establece un entorno sereno, que le proporcione seguridad, con una relación de confianza básica, controlando el potencial de agresividad e interviniendo antes de su aparición. • Ayudarle a identificar la causa del enfado y las consecuencias de su conducta agresiva e inadecuada. 	<p>Nº 14013. Identifica responsabilidad para mantener el control.</p> <p>Nº 140124. Utiliza habilidades efectivas de resolución de conflictos.</p> <p>Nº 140114. Identifica cuándo se siente agresivo.</p> <p>Nº 140117. Desahoga sentimientos negativos de forma no destructiva.</p> <p>Nº 140118. Auto-controla conductas agresivas</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

DIAGNOSTICO: 00069 "AFRONTAMIENTO INEFICAZ"

Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
	NIC 3 : Establecer límites.(4380)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyarle en la puesta en práctica de estrategias de control. • Identificar, junto con el usuario, las conductas indeseables y analizando sus consecuencias. • Ayudarle a mostrar conductas adecuadas y deseables, estableciendo límites en los actos poco coherentes. Haciéndole ver las consecuencias para él y para los demás. 	<p>Nº 140109. Verbaliza control de los impulsos.</p> <p>Nº 140115. Identifica alternativas a la agresión.</p> <p>Nº 140112. Identifica situaciones que desencadenan hostilidad.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
NOC 3 : 1501- EJECUCIÓN DEL ROL.	<p>NIC 1 : Guía de anticipación. (5210)</p> <p>NIC 2 : Modificación de la conducta. (4360)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ayuda al paciente a identificar la posible aparición de crisis y los efectos que podría tener en su vida personal y familiar . • Se le proporcionan expectativas realistas sobre la solución de problemas, identificando recursos y opciones disponibles. • Se establecen, junto con el usuario, objetivos. Dejándolos por escrito y animando al usuario al registro de dichas conductas. • Se refuerzan positivamente todas las conductas sanas. • Se facilita la implicación de la familia a la hora de llevar a cabo cambios conductuales. 	<p>Nº 150107. Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad.</p> <p>Nº 150111. Estrategias referidas al cambio de rol. Nº 150101. Ejecución de las expectativas del rol.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

DIAGNOSTICO: 00069 "AFRONTAMIENTO INEFICAZ"

Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
	NIC 3 : Potenciación de roles.(5370)	<ul style="list-style-type: none"> Se ayuda al usuario a identificar los diversos papeles que desempeña en la vida, incluyendo los familiares, instándole a que encuentre los suyos y los asuma con toda su responsabilidad. Se le facilita la oportunidad de practicar su verdadero rol con nuevas conductas. Facilitarle el diálogo con la familia para aumentar la capacidad de realizar cada uno su rol. 	<p>N ° 150103. Ejecución de las conductas de rol familiares.</p> <p>N ° 150104. Ejecución de las conductas de rol social.</p> <p>N ° 150105. Ejecución de las conductas de rol laboral.</p> <p>N ° 150112. Comodidad referida con la expectativa del rol.</p> <p>N ° 150116. Expresa comodidad con el (los) cambio (s) de rol.</p> <p>ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
NOC 4 : 1504-SOPORTE SOCIAL.	NIC 1 : Apoyo a la familia. (7140)	<ul style="list-style-type: none"> Se valora la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad, determinando su carga psicológica. Atender a las preguntas, facilitando una relación de confianza. Apoyo a la familia en identificación de sintomatología del usuario, para ayudar de forma eficaz cuando estos aparezcan. Insistir en la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico. Valorar la comprensión de la familia acerca de la enfermedad y sus consecuencias. Ser accesible. 	<p>N ° 1500412. Refiere ayuda ofrecida por los demás.</p> <p>N ° 150402. Refiere dedicación de tiempo de otras personas.</p> <p>ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

DIAGNOSTICO: 00069 "AFRONTAMIENTO INEFICAZ"

Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
	<p>NIC 2 : Aumentar los sistemas de apoyo.(5540)</p> <p>NIC 3 : Fomentar la implicación familiar.(7110)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se determina el apoyo social y familiar con que el usuario cuenta. Implicando a la familia o cuidador/es informal/es en el seguimiento del mismo. • Se anima al usuario en la participación en actividades de interés con otras personas, fomentando las relaciones interpersonales. • Evaluar la capacidad de implicación que tienen los distintos miembros de la familia. • Se les proporciona información sobre el estado de salud del usuario, los cuidados necesarios: medicación, dieta, hábitos de salud. • Evaluar el nivel de dependencia del usuario respecto a su familia. 	<p>N ° 150408. Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas.</p> <p>N ° 150407. Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita.</p> <p>N ° 150409. Refiere una red social de ayuda.</p> <p>N ° 150406. Refiere relaciones de confianza.</p> <p>N ° 150411. Refiere una red social estable.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

DIAGNOSTICO: 00069 "AFRONTAMIENTO INEFICAZ"

Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

DIAGNOSTICO: 00135 "DUELO COMPLICADO"**DOMINIO N º: 9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés****CLASE 2: Respuestas de afrontamiento**

DEFINICIÓN: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa (o de posesiones, trabajo, posición, hogar, ideales, partes o procesos corporales) en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución en el desempeño de los roles vitales. ✓ Reducción de la sensación de bienestar. ✓ Depresión. ✓ Fatiga. ✓ Sufrimiento emocional persistente. ✓ Verbaliza ansiedad. ✓ Autoculpabilización. ✓ Añoranza. ✓ Deterioro funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muerte de una persona significativa. <input type="checkbox"/> Pérdida de posesiones, trabajo, hogar. <input type="checkbox"/> Pérdida de posición. <input type="checkbox"/> Pérdida de partes y procesos corporales. <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social. <input type="checkbox"/> Inestabilidad emocional.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
NOC 1: 1302- AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	NIC 1 : Aumentar el afrontamiento. (5230) NIC 2 : Intervención en caso de crisis.(6160)	<ul style="list-style-type: none"> Animarle a expresar sentimientos, percepciones, miedos. Apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver problemas de forma constructiva. Ayudarle a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de su situación actual. Se determina el riesgo de seguridad que el/la paciente presenta para sí mismo para los demás, y se toman las medidas necesarias. Ayudamos a identificar los desencadenantes de la crisis así como a identificar los valores y habilidades personales que pueden ser útiles en la resolución de la crisis. 	<p>N º 130201. Identifica patrones de superación eficaces.</p> <p>N º 130203. Verbaliza sensación de control.</p> <p>N º 130211. Identifica múltiples estrategias de superación.</p> <p>N º 140202. Elimina precursores de ansiedad.</p> <p>N º 140203. Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso.</p> <p>N º 140206. Planifica estrategias de superación efectivas.</p> <p>ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frequentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>

DIAGNOSTICO: 00135 "DUELO COMPLICADO"

Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa (o de posesiones, trabajo, posición, hogar, ideales, partes o procesos corporales) en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
	NIC 3 : Facilitar el duelo.(5290)	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez identificada la pérdida y la naturaleza de su unión, fomentamos la expresión de sentimientos acerca de la pérdida, animándole a que manifieste verbalmente los recuerdos de ésta. • Ayudarle a identificar estrategias personales de resolución de problemas. 	<p>N ° 130401. Expresa sentimientos sobre la pérdida.</p> <p>N ° 130211. Identifica múltiples estrategias de superación efectivas.</p> <p>N ° 130212. Utiliza estrategias de superación efectivas.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado</p> <p>2- Raramente demostrado</p> <p>3- A veces demostrado</p> <p>4- Frecuentemente demostrado</p> <p>5- Siempre demostrado</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
NOC 2 : 1201-ESPERANZA.	NIC 1 : Dar esperanza. (5310)	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrarle el reconocimiento a su valía intrínseca. • Enseñarle a reconocer la realidad estudiando la situación y a poder hacer planes que le den esperanza en el presente y en el futuro. • Destacar la importancia de las relaciones con los seres queridos. • Implicarle activamente en sus propios cuidados. • Destacar lo positivo de mantener relaciones sanas con los demás. • Ayudarle a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. 	<p>N ° 120101. Expresión de una orientación futura positiva.</p> <p>N ° 120102. Expresión de confianza.</p> <p>N ° 120103. Expresión de ganas de vivir.</p> <p>N ° 120105. Expresión de significado de la vida.</p> <p>N ° 120112. Establecimiento de objetivos.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado</p> <p>2- Raramente demostrado</p> <p>3- A veces demostrado</p> <p>4- Frecuentemente demostrado</p> <p>5- Siempre demostrado</p>

DIAGNOSTICO: 00135 "DUELO COMPLICADO"

Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa (o de posesiones, trabajo, posición, hogar, ideales, partes o procesos corporales) en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
NOC 3 : 1304-RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN.	<p>NIC1: Apoyo emocional. (5270)</p> <p>NIC 2 : Apoyo espiritual. (5420)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se comenta con el usuario la experiencia emocional. Se le ayuda a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza, animándole a que los exprese, manifestándole apoyo y permaneciendo con él durante los períodos de más ansiedad. Se favorece la conversación y el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional. Se le ofrece ayuda en la toma de decisiones. Escuchar con atención sus creencias, tanto las de tipo religioso como las ideas sobre la vida, la muerte, la enfermedad, etc., expresando empatía. Recomendar, si hiciera falta, el apoyo de un asesor espiritual. 	<p>Nº 130041. Expresa sentimientos sobre la pérdida.</p> <p>Nº 130420. Progresar a lo largo de las fases de aflicción.</p> <p>Nº 130402. Expresa creencias espirituales sobre la muerte.</p> <p>Nº 130405. Describe el significado de la pérdida.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado</p> <p>2- Raramente demostrado</p> <p>3- A veces demostrado</p> <p>4- Frecuentemente demostrado</p> <p>5- Siempre demostrado</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
	NIC 3 : Facilitar la expresión del sentimiento de culpa. (5300)	<ul style="list-style-type: none"> Guiar al usuario en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa, así como las situaciones en las que se experimentan o generan dichos sentimientos. Ayudarlo a identificar su comportamiento en la situación de culpa. Se le ayuda a comprender que la culpa es un sentimiento bloqueante que no beneficia. 	<p>Nº 130409. Discute los conflictos no resueltos.</p> <p>Nº 130410. Refiere ausencia de angustia somática.</p> <p>Nº 130411. Refiere disminución de la preocupación por la pérdida.</p> <p>ESC:</p> <p>1- Nunca demostrado</p> <p>2- Raramente demostrado</p> <p>3- A veces demostrado</p> <p>4- Frecuentemente demostrado</p> <p>5- Siempre demostrado</p>

DIAGNOSTICO: 00135 "DUELO COMPLICADO"

Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa (o de posesiones, trabajo, posición, hogar, ideales, partes o procesos corporales) en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
NOC 4 : 1408- AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA.	NIC 1 : Control de la conducta: autolesión (4354)	<ul style="list-style-type: none"> Se instruye al usuario en estrategias de control (entrenamiento de afirmación, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva). Se le enseña con seguridad a enfrentarse de manera efectiva a las conductas y a expresar adecuadamente los sentimientos. Ayudarle a identificar estrategias de control más apropiadas que pudieran utilizarse y sus consecuencias. Se proporciona a la familia guías sobre control de la conducta de autolesión. 	N° 140805. Verbaliza control de impulsos. N° 140816. No intenta causarse lesiones graves. N° 140801. Expresa sentimientos. N° 140815. Expresa esperanza. N° 140813. No intenta suicidarse. N° 140812. Mantiene el autocontrol sin supervisión. N° 140826. Utiliza recursos para la prevención del suicidio. N° 140821. Utiliza los servicios de salud mental disponibles. ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
	NIC 2 : 4370. Entrenamiento para controlar los impulsos.	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar al usuario a identificar el problema o situación que le hacen perder la serenidad y reaccionar de forma impulsiva. Ayudarle a identificar las posibles consecuencias de la falta de control en sus impulsos. Buscamos con él la mejor estrategia para el control de las conductas impulsivas. Animarle a buscar soluciones en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico. 	N° 140501. Identifica conductas impulsivas perjudiciales. N° 140502. Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas. N° 140504. Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás. N° 140507. Verbaliza control de los impulsos. N° 140509. Identifica sistemas de apoyo social. ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNOSTICO: 00135 "DUELO COMPLICADO"

Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa (o de posesiones, trabajo, posición, hogar, ideales, partes o procesos corporales) en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Patrón 10 : Adaptación - Tolerancia

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Dña. Julia Merchán Núñez

D. Roberto Izquierdo García

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado nº 11
"VALORES - CREENCIAS"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

CLASE: 1- VALORES

CLASE: 2- CREENCIAS

CLASE: 3- VALORES / CREENCIAS / CONGRUENCIA DE LAS ACCIONES

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE

Diagnósticos

- 00068. "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL.
- 00066. " SUFRIMIENTO ESPIRITUAL."
- 00067. "RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL
- 00083. "CONFLICTO DE DECISIONES"
- 00185. "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00068 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL"**DOMINIO Nº 10: Principios vitales****CLASE 2: Creencias****DEFINICIÓN:** *Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que puede ser reforzada.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conexión con el yo: <ul style="list-style-type: none"> - Expresa deseos de reforzar la aceptación - Expresa deseos de reforzar la esperanza - Expresa deseos de reforzar el significado de la vida - Expresa deseos de reforzar una filosofía de vida satisfactoria ✓ Conexión con los otros <ul style="list-style-type: none"> - Proporciona servicios a los demás - Solicita interacción con personas significativas - Solicita interacción con líderes espirituales ✓ Conexiones con el arte, la música, la naturaleza, la literatura <ul style="list-style-type: none"> - Muestra energía creativa - Lee literatura espiritual ✓ Conexiones con un poder superior al yo <ul style="list-style-type: none"> - Expresa reverencia - Reza 	

Patrón 11 : Valores - creencias

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
SALUD ESPIRITUAL 2001			
200102- Expresión de esperanza	5310. Dar esperanza	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza de la vida • Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual • Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados • Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible 	<p>Aumento de la verbalización</p> <p>Recuperación de la iniciativa</p> <p>Aumento de la implicación en los cuidados</p> <p>Manifestación de sentimientos del paciente</p>
200101- Expresión de confianza			
200116- Relación con el yo interior.	5420. Apoyo espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea • Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea • Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo • Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo • Dar oportunidades para discutir sobre los diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo • Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo 	<p>Escala: 1- Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido</p>
200122- Satisfacción espiritual			

DIAGNÓSTICO: 00068 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL"**DOMINIO Nº 10: Principios vitales****CLASE 2: Creencias****DEFINICIÓN:** *Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que puede ser reforzada***Patrón 11 : Valores - creencias**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
BIENESTAR ESPIRITUAL 001 00102- Expresión de esperanza 00101- Expresión de confianza 00116- Relación con el yo interior. 00122- Satisfacción espiritual	5480 Clarificación de valores 5426 Facilitar el crecimiento espiritual	<ul style="list-style-type: none"> Animar a considerar las preocupaciones Utilizar cuestiones adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante Ayudar al paciente a priorizar los valores Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones Apoyar al paciente en la comunicación de los propios valores a otros <ul style="list-style-type: none"> Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el auto descubrimiento Ofrecer el apoyo de la oración Fomentar la exploración de paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores. Remitir a la atención pastoral o a los cuidadores espirituales 	Verbalización por parte del paciente de sus propios valores Participación o colaboración con la pastoral en sus cuidados espirituales Escala: 1- Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido

DIAGNÓSTICO: 00068 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL"

DOMINIO Nº 10: Principios vitales

CLASE 2: Creencias

DEFINICIÓN: Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el mundo, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que puede ser reforzada

Patrón 11 : Valores - creencias

DIAGNÓSTICO: 00066 "SUFRIMIENTO ESPIRITUAL"**DOMINIO Nº 10: Principios vitales****CLASE 3: Valores / Creencias / Congruencia de la acción****DEFINICIÓN:** Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conexión con el yo: <ul style="list-style-type: none"> - Cólera - Expresión de falta de aceptación - Expresión de falta de esperanza - Expresión de falta de serenidad ✓ Conexión con los otros <ul style="list-style-type: none"> - Expresa alienación - Rechaza las interacciones con personas significativas - Manifiesta estar alejado de sus sistemas de soporte ✓ Conexiones con el arte, la música, la naturaleza, la literatura <ul style="list-style-type: none"> - Falta de interés por la naturaleza o literatura ✓ Conexiones con un poder superior al yo <ul style="list-style-type: none"> - Expresa sentirse abandonado - Expresa sufrimiento y desesperanza 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>Proceso de agonía <input type="checkbox"/>Ansiedad <input type="checkbox"/>Enfermedad crónica <input type="checkbox"/>Muerte <input type="checkbox"/>Cambios vitales <input type="checkbox"/>Soledad <input type="checkbox"/>Dolor <input type="checkbox"/>Autoalienación <input type="checkbox"/>Alienación social <input type="checkbox"/>Deprivación sociocultural

Patrón 11 : Valores - creencias

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
SALUD ESPIRITUAL 2001	5310. Dar esperanza	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza de la vida • Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual • Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados • Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible 	Aumento de la verbalización Recuperación de la iniciativa Aumento de la implicación en los cuidados Afrontamiento normal Expresión de paz interior
200102- Expresión de esperanza	5420. Apoyo espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea • Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea • Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo • Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo • Dar oportunidades para discutir sobre los diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo • Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo 	Escala: 1- Gravemente comprometido 2- Suntuosamente comprometido 3- moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido
200101- Expresión de confianza			
200122- Satisfacción espiritual.			
200116- Relación con el yo interior			

DIAGNÓSTICO: 00066 "SUFRIMIENTO ESPIRITUAL"**DOMINIO Nº 10: Principios vitales****CLASE 3: Valores / Creencias / Congruencia de la acción****DEFINICIÓN:** Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo.**Patrón 11 : Valores - creencias**

DIAGNÓSTICO: 00067 "RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL"**DOMINIO Nº 10: Principios vitales****CLASE 3: Valores / Creencia / Congruencia de la acción****DEFINICIÓN:** *Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior a uno mismo.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
	<input type="checkbox"/> De desarrollo <ul style="list-style-type: none"> - Cambios vitales <input type="checkbox"/> Ambientales <ul style="list-style-type: none"> - Cambios ambientales - Desastres naturales <input type="checkbox"/> Psicosociales <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima - Depresión <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones deficientes <input type="checkbox"/> Físicos <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad crónica - Abuso de sustancias

Patrón 11 : Valores - creencias

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
SALUD ESPIRITUAL 2001			
200102- Expresión de esperanza	5480 Clarificación de valores	<ul style="list-style-type: none"> • Animar a considerar las preocupaciones • Utilizar cuestiones adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante • Ayudar al paciente a priorizar los valores • Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones • Apoyar al paciente en la comunicación de los propios valores a otros 	Verbalización por parte del paciente de sus propios valores
200101- Expresión de confianza			Participación o colaboración con la pastoral en sus cuidados espirituales
200116- Relación con el yo interior.	5426 Facilitar el crecimiento espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales • Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el auto descubrimiento • Ofrecer el apoyo de la oración • Fomentar la exploración de paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores. • Remitir a la atención pastoral o a los cuidadores espirituales 	Escala: 1- Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido
200122- Satisfacción espiritual			

DIAGNÓSTICO: 00067 "RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL"**DOMINIO Nº 10: Principios vitales****CLASE 3: Valores / Creencia / Congruencia de la acción****DEFINICIÓN:** *Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior a uno mismo.***Patrón 11 : Valores - creencias**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
SALUD ESPIRITUAL 2001 200102- Expresión de esperanza 200101- Expresión de confianza 200116- Relación con el yo interior. 200122- Satisfacción espiritual	5310. Dar esperanza 5420. Apoyo espiritual	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza de la vida Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible <ul style="list-style-type: none"> Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo Dar oportunidades para discutir sobre los diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo 	Aumento de la verbalización Recuperación de la iniciativa Aumento de la implicación en los cuidados Afrontamiento normal Expresión de paz interior Escala: 1- Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido

DIAGNÓSTICO: 00067 "RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL"

DOMINIO Nº 10: Principios vitales

CLASE 3: Valores / Creencia / Congruencia de la acción

DEFINICIÓN: *Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior a uno mismo.*

Patrón 11 : Valores - creencias

DIAGNÓSTICO: 00083 "CONFLICTO DE DECISIONES"**DOMINIO Nº 10: Principios vitales****CLASE 3: Valores / Creencias / Congruencia de la acción****DEFINICIÓN:** Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Retraso en la toma de decisión. ✓ Signos físicos de distrés o tensión ✓ Cuestionamiento de los principios morales mientras se intenta tomar una decisión ✓ Cuestionamiento de las reglas morales mientras de intenta tomar una decisión ✓ Cuestionamiento de las valores morales mientras de intenta tomar una decisión ✓ Cuestionamiento de las valores personales mientras de intenta tomar una decisión ✓ Egocentrismo ✓ Vacilación entre elecciones alternativas ✓ Verbaliza sentimientos de distrés mientras se intenta tomar una decisión. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fuentes de información divergentes <input type="checkbox"/> Interferencia con la toma de decisiones <input type="checkbox"/> Falta d experiencia en la toma de decisiones <input type="checkbox"/> Falta de información relevante <input type="checkbox"/> Obligaciones morales con comporta realizar una acción <input type="checkbox"/> Múltiples fuentes de información <input type="checkbox"/> Percepción de amenaza al sistema de valores personales <input type="checkbox"/> Creencias personales poco claras <input type="checkbox"/> Valores personales poco claros

Patrón 11 : Valores - creencias

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
TOMA DE DECISIONES 0906 090601 - Identifica información relevante 090603 – Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa 0990604 – Identifica los recursos necesarios para apoyar cada alternativa	5250 Apoyo en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidados sanitarios sobre la condición del paciente • Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • Ayudar al paciente a identificar las destajas y desventajas de cada alternativa • Facilitar al paciente la articulaciones de los objetivos de los cuidados. • Facilitar la toma de decisiones en colaboración. • Proporcionar la información solicitada por el paciente. • Ayudar a que el paciente pueda explicar su decisión a otras personas. • Servir de enlace entre el paciente y la familia. • Remitir a grupos de apoyo o al asesor jurídico de procede 	Toma correcta de decisiones por parte del paciente Expresión confiada de sentimientos Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00083 "CONFLICTO DE DECISIONES"**DOMINIO Nº 10: Principios vitales****CLASE 3: Valores / Creencias / Congruencia de la acción****DEFINICIÓN:** Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales**Patrón 11 : Valores - creencias**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
AUTONOMÍA PERSONAL 1614 NOC 1 161401- Toma de decisiones informadas NOC 2 : 161411-Participa en las decisiones de los cuidados de salud NOC 3: 161412- Expresa satisfacción con las elecciones de la vida	5250 Apoyo en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidados sanitarios sobre la condición del paciente Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa Facilitar al paciente la articulaciones de los objetivos de los cuidados. Facilitar la toma de decisiones en colaboración. Proporcionar la información solicitada por el paciente. Ayudar a que el paciente pueda explicar su decisión a otras personas. Servir de enlace entre el paciente y la familia. Remitir a grupos de apoyo o al asesor jurídico de procede 	Aumento de la verbalización sobre su patología y las posibles alternativas Recuperación de la iniciativa Escala: 1- Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
AUTONOMÍA PERSONAL 1614 NOC 1 161401- Toma de decisiones informadas NOC 2 : 161411-Participa en las decisiones de los cuidados de salud NOC 3: 161412- Expresa satisfacción con las elecciones de la vida	5240 Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto Demostrar simpatía, calidez y autenticidad Establecer metas Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad Favorecer la expresión de sentimientos Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés Determinar como afecta al paciente el comportamiento de la familia. Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación 	Aumento de la implicación en los cuidados Afrontamiento normal Escala: 1- Gravemente comprometido 2- Sustancialmente comprometido 3- Moderadamente comprometido 4- Levemente comprometido 5- No comprometido

DIAGNÓSTICO: 00083 "CONFLICTO DE DECISIONES"

DOMINIO N° 10: Principios vitales

CLASE 3: Valores / Creencias / Congruencia de la acción

DEFINICIÓN: Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales

Patrón 11 : Valores - creencias

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
ESPERANZA 1201 120101 Expresión de una orientación futura positiva 120102 Expresión de confianza 120106 Expresión de optimismo 120109 Expresión de paz interior 120111 Demostración de entusiasmo por la vida	5310 Dar esperanza	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanza de la vida • Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente solo como una faceta de la persona • Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente • Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual • Implicar activamente al paciente en sus propios cuidados. • Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos • Proporcionar al paciente la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo 	Verbalización de confianza y optimismo Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
ESPERANZA 1201 120101 Expresión de una orientación futura positiva 120102 Expresión de confianza 120106 Expresión de optimismo 120109 Expresión de paz interior 120111 Demostración de entusiasmo por la vida	5240 Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto • Demostrar simpatía, calidez y cercanía • Favorecer la expresión de sentimientos • Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno • Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones • Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema • Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia • Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos • Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados • Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés. 	Verbalización de confianza y optimismo Escala: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado

DIAGNÓSTICO: 00185 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA"

DOMINIO Nº 10: Principios vitales

CLASE 1: Valores CLASE 2: Creencias

DOMINIO Nº 6 Auto percepción

CLASE 1: Autoconcepto

DEFINICIÓN: *Patrón de expectativas y deseos que es suficiente para movilizar energía en beneficio propio y que puede ser reforzado.*

Patrón 11 : Valores - creencias

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION

Dña. Carmen Castelo Sardina

Patrones Funcionales de Salud

- Patrón funcional alterado nº 1
"PERCEPCION Y MANEJO DE LA SALUD"

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 1 1: SEGURIDAD / PROTECCIÓN

CLASES: 1- Lesión física

CLASES: 2- Violencia

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00035 "RIESGO DE LESION"
- 00139 "RIESGO DE AUTOMUTILACION"
- 00151 "AUTOMUTILACION"
- 00138 "RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS"
- 00150 "RIESGO DE SUICIDIO"

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00035 "RIESGO DE LESIÓN"

DOMINIO N° 11: Seguridad / protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN: *Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
	<input type="checkbox"/> Nutricionales <input type="checkbox"/> Perfil sanguíneo anormal (leucocitosis/leucopenia, talasemia, disminución de la hemoglobina) <input type="checkbox"/> Disfunción bioquímica <input type="checkbox"/> Hipoxia tisular <input type="checkbox"/> Psicológicos (orientación afectiva) <input type="checkbox"/> Edad de desarrollo (fisiológico, psicológico) <input type="checkbox"/> Disfunción sensorial <input type="checkbox"/> Factores cognitivos , afectivos, psicomotores <input type="checkbox"/> Estructura física.
Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1911- CONDUCTAS DE SEGURIDAD PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> CONTROL AMBIENTAL:PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA (6487) CONTROL AMBIENTAL: SEGURIDAD (6486) ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS (4370) MODIFICACION DE LA CONDUCTA (4360) POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD (5380) AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO (4640) SUJECCION FISICA (6580) 		1. DESARROLLA HABITOS SEGUROS 2. EVITA CONDUCTAS DE ALTO RIESGO 3. EVITA ALCOHOL Y DROGAS 4. USO DE PRECAUCIONES CUANDO SE CONSUMEN FARMACOS QUE ALTERAN EL NIVEL DE CONCIENCIA 5. SE PROTEGE DE LAS LESIONES ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado
1902- CONTROL DEL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> AYUDA A LA MODIFICACIÓN DE SI MISMO (4470) CONTROL DE CONVULSIONES(2680) PREVENCIÓN DE SUICIDIO (6340) FACILITAR EL APRENDIZAJE 		1. RECONOCE FACTORES DE RIESGO 2. ADAPTA LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE RIESGO 3. MODIFICA EL ESTILO DEVIDA PARA REDUCIR EL RIESGO 4. UTILIZA LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA CONTROLAR EL RIESGO 5. RECONOCE CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD
	<ul style="list-style-type: none"> CONTROL DE LAS ALUCINACIONES (6510) VIGILANCIA:SEGURIDAD (6654) 		

DIAGNÓSTICO: 00035 "RIESGO DE LESIÓN"

DOMINIO N° 11: Seguridad / protección

CLASE 2: Lesión física

DEFINICIÓN: *Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona*

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

DIAGNÓSTICO: 00139 "RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN"**DOMINIO Nº 11: Seguridad / protección****CLASE 3: Violencia****DEFINICIÓN:** *Riesgo de conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión*

FACTORES DE RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Impulsividad ✓ Historia de conductas autolesiva ✓ Incapacidad para planificar soluciones ✓ Trastornos emocionales ✓ Historia familiar de conductas autodestructivas ✓ Trastornos alimentarios ✓ Disociación ✓ Trastorno de la imagen corporal ✓ Persona con retraso en el desarrollo ✓ Trastornos límite de la personalidad ✓ Afrontamiento ineficaz ✓ Pérdida de control ✓ Estado psicótico ✓ Abuso de sustancias ✓ Uso de la manipulación para establecer relaciones ✓ Violencia entre las figuras parentales 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sentimientos negativos <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad, rechazo, culpa, odio hacia si mismo, despersonalización <input type="checkbox"/> Crisis de identidad sexual <input type="checkbox"/> Pérdida de relaciones significativas <input type="checkbox"/> Baja autoestima <input type="checkbox"/> Aislamiento <input type="checkbox"/> Encarcelamiento <input type="checkbox"/> Incapacidad para expresar verbalmente la tensión <input type="checkbox"/> Trastorno de las relaciones interpersonales <input type="checkbox"/> Despersonalización <input type="checkbox"/> Personas maltratadas

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1911- CONDUCTAS DE SEGURIDAD: PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CONTROL AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA (6487) ▪ CONTROL AMBIENTAL: SEGURIDAD (6486) ▪ ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS (4370) ▪ MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA (4360) ▪ POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD (5380) ▪ AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO (4640) ▪ SUJECCIÓN FÍSICA (6580) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. DESARROLLA HABITOS SEGUROS 2. EVITA CONDUCTAS DE ALTO RIESGO 3. EVITA ALCOHOL Y DROGAS 4. USO DE PRECAUCIONES CUANDO SE CONSUMEN FARMACOS QUE ALTERAN EL NIVEL DE CONCIENCIA 5. SE PROTEGE DE LAS LESIONES <p>ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p>
1902- CONTROL DEL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AYUDA A LA MODIFICACIÓN DEL MISMO (4470) ▪ CONTROL DE CONVULSIONES (2680) ▪ PREVENCIÓN DE SUICIDIO (6340) ▪ FACILITAR EL APRENDIZAJE ▪ Y 6487- 5510-6610-4360 		<ol style="list-style-type: none"> 1. RECONOCE FACTORES DE RIESGO 2. ADAPTA LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE RIESGO 3. MODIFICA EL ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR EL RIESGO 4. UTILIZA LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA CONTROLAR EL RIESGO 5. RECONOCE CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD
1913- ESTADO DE SEGURIDAD: LESIÓN FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CONTROL DE LAS IDEAS ILUSORIAS (6450) ▪ CONTROL DE LAS ALUCINACIONES (6510) ▪ VIGILANCIA: SEGURIDAD (6654) ▪ SUJECCIÓN FÍSICA ▪ Y 6580- 6420-6610-6450-6486 		

DIAGNÓSTICO: 00139 "RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN"**DOMINIO Nº 11: Seguridad / protección****CLASE 3: Violencia****DEFINICIÓN:** *Riesgo de conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión***Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud**

DIAGNÓSTICO: 00151 "AUTOMUTILACIÓN"**DOMINIO Nº 11: Seguridad protección****CLASE 3: Violencia****DEFINICIÓN:** conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hacerse cortes en el cuerpo ✓ Morderse ✓ Constreñir una parte del cuerpo ✓ Causarse abrasiones ✓ Golpearse ✓ Ingestión de sustancias nocivas ✓ Inhalación de sustancias nocivas ✓ Inserción de objetos en los orificios corporales ✓ Hurgarse heridas ✓ Arañarse el cuerpo ✓ Quemaduras autoinfligidas ✓ Realizarse incisiones 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Impulsividad <input type="checkbox"/> Historia de conductas autolesivas <input type="checkbox"/> Incapacidad para planificar soluciones <input type="checkbox"/> Trastornos emocionales <input type="checkbox"/> Historia familiar de conductas autodestructivas <input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios <input type="checkbox"/> Disociación <input type="checkbox"/> Trastorno de la imagen corporal <input type="checkbox"/> Persona con retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Trastornos límite de la personalidad <input type="checkbox"/> Afrontamiento ineficaz <input type="checkbox"/> Pérdida de control <input type="checkbox"/> Estado psicótico <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Uso de la manipulación para establecer relaciones <input type="checkbox"/> Violencia entre las figuras parentales <input type="checkbox"/> Sentimientos negativos <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad, rechazo, culpa, odio hacia sí mismo, despersonalización <input type="checkbox"/> Crisis de identidad sexual <input type="checkbox"/> Pérdida de relaciones significativas <input type="checkbox"/> Baja autoestima <input type="checkbox"/> Aislamiento <input type="checkbox"/> Encarcelamiento <input type="checkbox"/> Incapacidad para expresar verbalmente la tensión <input type="checkbox"/> Trastorno de las relaciones interpersonales <input type="checkbox"/> Despersonalización <input type="checkbox"/> Personas maltratadas

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1911- CONDUCTAS DE SEGURIDAD: PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CONTROL AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA (6487) ▪ CONTROL AMBIENTAL: SEGURIDAD (6486) ▪ ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS (4370) ▪ MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA (4360) ▪ POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD (5380) ▪ AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO (4640) ▪ SUJECCIÓN FÍSICA (6580) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. DESARROLLA HÁBITOS SEGUROS 2. EVITA CONDUCTAS DE ALTO RIESGO 3. EVITA ALCOHOL Y DROGAS 4. USO DE PRECAUCIONES CUANDO SE CONSUMEN FÁRMACOS QUE ALTERAN EL NIVEL DE CONCIENCIA 5. SE PROTEGE DE LAS LESIONES
1302- AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AYUDA A LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO (4470) ▪ CONTROL DE CONVULSIONES (2680) ▪ PREVENCIÓN DE SUICIDIO (6340) ▪ FACILITAR EL APRENDIZAJE ▪ Y 6487- 5510-6610-4360 		<ol style="list-style-type: none"> 1. RECONOCE FACTORES DE RIESGO 2. ADAPTA LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE RIESGO 3. MODIFICA EL ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR EL RIESGO 4. UTILIZA LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA CONTROLAR EL RIESGO 5. RECONOCE CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD
1609- CONDUCTA TERAPEUTICA: LESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CONTROL DE LAS IDEAS ILUSORIAS (6450) ▪ CONTROL DE LAS ALUCINACIONES (6510) ▪ VIGILANCIA: SEGURIDAD (6654) ▪ SUJECCIÓN FÍSICA ▪ Y 6580- 6420-6610-6450-6486 		
1305- MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VIGILANCIA: SEGURIDAD (6654) ▪ PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (6340) 		

DIAGNÓSTICO: 00151 "AUTOMUTILACIÓN"**DOMINIO Nº 11: Seguridad protección****CLASE 3: Violencia****DEFINICIÓN:** conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.**Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud**

DIAGNÓSTICO: 00138 "RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS"**DOMINIO N° 11: Seguridad protección****CLASE 3: Violencia****DEFINICIÓN:** Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física y emocional y/o sexualmente lesiva para otros.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia de violencia contra otros ✓ Historia de amenazas de violencia ✓ Historia de presenciar violencia familiar ✓ Historia de abusos de sustancias ✓ Historia de violencia indirecta (p. ej., destrozar objetos, pintar paredes, orinar en el suelo, defecar, coger rabietas, gritar, lanzar objetos, insinuaciones sexuales) ✓ Historia de abusos infantiles ✓ Crueldad con los animales ✓ Deterioro cognitivo (trastornos del aprendizaje, déficit de atención, disminución del funcionamiento intelectual) ✓ Disponibilidad de armas ✓ Lenguaje corporal (postura rígida, puños y mandíbula contraídos, posturas amenazadoras) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Historia de conducta antisocial violenta <input type="checkbox"/> impulsividad <input type="checkbox"/> Problemas con vehículos <input type="checkbox"/> Deterioro neurológico (p. ej., EEG.TC, resonancia nuclear positiva, hallazgos neurológicos, traumatismo craneal, trastornos convulsivos) <input type="checkbox"/> Intoxicación patológica <input type="checkbox"/> Complicaciones perinatales <input type="checkbox"/> Complicaciones prenatales <input type="checkbox"/> Sintomatología psicótica (auditiva, visual, alucinaciones en forma de ordenes, delusiones paranoides, procesos de pensamiento vagos, erráticos, ilógicos) <input type="checkbox"/> Conducta suicida

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1408- AUTOCONTENCIÓN DEL SUICIDIO	<ul style="list-style-type: none"> • ACUERDO CON EL PACIENTE- 4420 • CONTROL AMBIENTAL: SEGURIDAD (6486) • ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS (4370) • MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA (4360) • AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO (4640) • SUJECCIÓN FÍSICA (6580) • CONTROL DE LAS ALUCINACIONES (6510) • PREVENCIÓN DE SUICIDIO (6340) • DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820) • Y 6487- 5510-6610-4360 • VIGILANCIA: SEGURIDAD (6654) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. DESARROLLA HABITOS SEGUROS 2. EVITA CONDUCTAS DE ALTO RIESGO 3. EVITA ALCOHOL Y DROGAS 4. USO DE PRECAUCIONES CUANDO SE CONSUMEN FARMACOS QUE ALTERAN EL NIVEL DE CONCIENCIA 5. SE PROTEGE DE LAS LESIONES <p>ESC: 1- Nunca demostrado 2- Raramente demostrado 3- A veces demostrado 4- Frecuentemente demostrado 5- Siempre demostrado</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RECONOCE FACTORES DE RIESGO 2. ADAPTA LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE RIESGO 3. MODIFICA EL ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR EL RIESGO 4. UTILIZA LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA CONTROLAR EL RIESGO 5. RECONOCE CAMBIOS EN EL ESTADO DESALUD

DIAGNÓSTICO: 00138 "RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS"**DOMINIO N° 11: Seguridad protección****CLASE 3: Violencia****DEFINICIÓN:** Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física y emocional y/o sexualmente lesiva para otros.**Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1911- CONDUCTAS DE SEGURIDAD: PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> CONTROL AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA (6487) CONTROL AMBIENTAL: SEGURIDAD (6486) ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS (4370) MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA (4360) POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD (5380) AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO (4640) SUJECCIÓN FÍSICA (6580) 		<ol style="list-style-type: none"> DESARROLLA HABITOS SEGUROS EVITA CONDUCTAS DE ALTO RIESGO EVITA ALCOHOL Y DROGAS USO DE PRECAUCIONES CUANDO SE CONSUMEN FARMACOS QUE ALTERAN EL NIVEL DE CONCIENCIA SE PROTEGE DE LAS LESIONES
1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO	<ul style="list-style-type: none"> AYUDA A LA MODIFICACIÓN DEL MISMO (4470) CONTROL DE CONVULSIONES (2680) PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (6340) FACILITAR EL APRENDIZAJE Y 6487-5510-6610-4360 		<ol style="list-style-type: none"> RECONOCE FACTORES DE RIESGO ADAPTA LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE RIESGO MODIFICA EL ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR EL RIESGO UTILIZA LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA CONTROLAR EL RIESGO RECONOCE CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD
1305 MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> CONTROL DE LAS IDEAS ILUSORIAS (6450) CONTROL DE LAS ALUCINACIONES (6510) VIGILANCIA: SEGURIDAD (6654) SUJECCIÓN FÍSICA Y 6580-6420-6610-6450-6486 		
1401- AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> VIGILANCIA: SEGURIDAD (6654) PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (6340) 		
1405- AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS			

DIAGNÓSTICO: 00138 "RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS"

DOMINIO Nº 11: Seguridad protección

CLASE 3: Violencia

DEFINICIÓN: Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física y emocional y/o sexualmente lesiva para otros.

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

DIAGNÓSTICO: 00150 "RIESGO DE SUICIDIO"

DOMINIO Nº 11: Seguridad / protección

CLASE 3: Violencia

DEFINICIÓN: Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida

FACTORES DE RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia familiar de suicidios ✓ Trastorno psiquiátrico ✓ Expresa deseos de morir ✓ Historia de abusos de sustancias ✓ Maltrato en la infancia ✓ Historia de abusos infantiles ✓ Soledad ✓ Desesperanza ✓ Disponibilidad de armas ✓ Institucionalización ✓ Problemas disciplinarios ✓ Súbita recuperación eufórica de una depresión grave 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soledad <input type="checkbox"/> Sistemas de soporte insuficientes <input type="checkbox"/> Pérdida de relaciones importantes <input type="checkbox"/> Intoxicación patológica <input type="checkbox"/> Sintomatología psicótica (auditiva, visual, alucinaciones en forma de órdenes, delusiones paranoides, procesos de pensamiento vagos, erráticos, ilógicos) <input type="checkbox"/> Conducta suicida

Patrón 1 : Percepción - Manejo de la Salud

DOMINIO 12: CONFORT

Dña. Isabel Sahuquillo Córdoba

Patrones Funcionales de Salud

- Patrones funcionales alterados :
- 6 COGNITIVO- PERCEPTIVO
- 2 NUTRICIONAL
- 8 ROL-RELACIONES

DOMINIOS Y CLASES NANDA II

DOMINIO 12: CONFORT

CLASE: 1- CONFORT FÍSICO

CLASE: 2- CONFORT DEL ENTORNO

CLASE: 3-CONFORT SOCIAL

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00133. "Dolor Crónico."
- 00134. "Nauseas."
- 00183. "Disposición para mejorar el Confort."
- 00214. "Disconfort."
- 00053. "Aislamiento Social."

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00133 "DOLOR CRÓNICO"**DOMINIO N° 12: Confort****CLASE 1: Confort físico**

DEFINICIÓN: *Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (IASP); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anorexia ✓ Cambios en el patrón del sueño. ✓ Cambios en el patrón del sueño. ✓ Depresión. ✓ Observación de conductas de protección o defensa, máscara facial, irritabilidad, agitación, etc. ✓ Agresividad. ✓ Centrar la atención en si mismo. ✓ Conducta defensiva. ✓ Reducción de la interacción con los demás. ✓ Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incapacidad física crónica. <input type="checkbox"/> Incapacidad psicosocial crónica
Patrón 6: Cognitivo - Perceptual	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1306- Dolor: respuesta psicológica adversa.	5330 Control del humor. 4700 Reestructuración cognitiva. 4920 Escucha activa.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar seguridad, estabilidad recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico. • Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamientos desordenados y se vea a si mismo y al mundo de forma más realista. • Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente. 	130620 PENSAMIENTOS PEPSIMISTAS. 130622 IRA SOBRE LOS EFECTOS INCAPACITANTES DEL DOLOR. 130601 ENLENTECIMIENTO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO. 130603 INTERFERENCIA CON LA CONCENTRACION. 130606 PREOCUPACION SOBRE LA TOLERANCIA AL DOLOR. 130611 TRISTEZA. Escala: 1.-GRAVE 2.-SUSTANCIAL 3.-MODERADO 4.-LEVE 5.-NINGUNO

DIAGNÓSTICO: 00133 "DOLOR CRÓNICO"**DOMINIO N° 12: Confort****CLASE 1: Confort físico**

DEFINICIÓN: *Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (IASP); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses*

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
2101- Dolor: efectos nocivos	4360 Modificación de la conducta. 1800 Ayuda al autocuidado. 5230 Aumentar el afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de un cambio de conducta. Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria. Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana 	210108 CONCENTRACION ALTERADA. 210112 TRASTORNO DEL SUEÑO. 210114 HIGIENE PERSONAL ALTERADA. 210123 ABSENTISMO LABORAL. 210110 ESTADO DE ANIMO ALTERADO. 210101 RELACIONES INTERPERSONALES ALTERADAS. Escala: 1.-GRAVE 2.-SUSTANCIAL 3.-MODERADO 4.-LEVE 5.-NINGUNO

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1208- Nivel de depresión.	5270 Apoyo emocional. 5310 Dar esperanza 6482 Manejo ambiental: confort. 4330 Terapia artística. 4400 Musicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión. Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones. Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad optima. 	120823 IRRITABILIDAD. 120836 PENSAMIENTOS RECURRENTES DE SUICIDIO. 120805 EXPRESION DE CULPA INAPROPIADA O EXCESIVA. 120817 DESESPERACION.. 120802 PERDIDA DE INTERES POR ACTIVIDADES. 120818 SOLEDAD. Escala: 1.-GRAVE 2.-SUSTANCIAL 3.-MODERADO 4.-LEVE 5.-NINGUNO

DIAGNÓSTICO: 00133 "DOLOR CRÓNICO"

DOMINIO N° 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN: *Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (IASP); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses*

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

DIAGNÓSTICO: 00134 "NAUSEAS"

DOMINIO N° 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN: Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que pueden provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none">✓ Aversión a los alimentos.✓ Aumento de la deglución.✓ Percepción de sabor agrio en la boca.✓ Sensación nauseosa.✓ Aumento de salivación.	BIOFISICOS <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mareo causado por el movimiento.<input type="checkbox"/> Aumento de la presión intracraneal.<input type="checkbox"/> Distensión gástrica.<input type="checkbox"/> Irritación gástrica.<input type="checkbox"/> Dolor SITUACIONALES <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ansiedad.<input type="checkbox"/> Factores psicológicos.<input type="checkbox"/> Temor.<input type="checkbox"/> Malos olores.<input type="checkbox"/> Malos sabores.<input type="checkbox"/> Estimulación visual desagradable

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
2100- Nauseas y vómitos: efectos nocivos	1450 Manejo de las nauseas. 1570 Manejo del vomito. 1850 Mejorar el sueño. 6040 Terapia de relajación simple.	<ul style="list-style-type: none">• Prevención y alivio de las nauseas.• Prevención y alivio del vomito.• Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.• Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.	210602 DISMINUCION DE LA INGESTA DE ALIMENTOS. 210606 ALTERACION DEL EQUILIBRIO ACIDO-BASE. 210623 EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS MEDICACIONES ANTIEMETICAS. 210613 SUEÑO INTERRUPTIDO. 210621 ESTRÉS EMOCIONAL. 210619 ANSIEDAD. Escala: 1.-GRAVE 2.-SUSTANCIAL 3.-MODERADO 4.-LEVE 5.-NINGUNO

DIAGNÓSTICO: 00134 "NAUSEAS"

DOMINIO N° 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN: Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que pueden provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

Patrón 2: Nutricional -Metabólico

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
2107- Severidad de las nauseas y los vómitos	2380 Manejo de la medicación. 5270 Apoyo emocional. 6482 Manejo ambiental: confort. 1400 Manejo del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación. Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión. Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad optima. Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. 	210701 FRECUENCIA DE LAS NAUSEAS. 210704 FRECUENCIA DE LOS ESFUERZOS PARA VOMITAR. 210707 FRECUENCIA DE LOS VOMITOS. 210713 PERDIDA DE PESO. 210715 DOLOR GASTRICO. Escala: 1.-GRAVE 2.-SUSTANCIAL 3.-MODERADO 4.-LEVE 5.-NINGUNO

DIAGNÓSTICO: 00134 "NAUSEAS"

DOMINIO Nº 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICIÓN: *Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que pueden provocar la urgencia o necesidad de vomitar.*

Patrón 2: Nutricional -Metabólico

DIAGNÓSTICO: 00183 "DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT"**DOMINIO Nº 12: Confort****CLASE 1: Confort físico****CLASE 2 : Control del entorno****DEFINICIÓN:** *Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social que puede ser reforzado.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manifiesta deseos de aumentar el confort. ✓ Manifiesta deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción. ✓ Manifiesta deseos de aumentar la relajación. ✓ Manifiesta deseos de aumentar la resolución de quejas 	No tiene
Patrón 6: Cognitivo - Perceptual	

DIAGNÓSTICO: 00214 "DISCONFÓRT"**DOMINIO Nº 12: Confort****CLASE 1: Confort físico****CLASE 2 : Control del entorno****CLASE 3: Confort social****DEFINICIÓN:** *Percepción de falta tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansiedad. ✓ Llanto. ✓ Temor. ✓ Deterioro del patrón del sueño. ✓ Incapacidad para relajarse. ✓ Irritabilidad. ✓ Recursos insuficientes (soporte social, económicos, familiares, etc.). ✓ Falta de control de la situación. ✓ Estímulos ambientales nocivos. 	No tiene
Patrón 6: Cognitivo - Perceptual	

DIAGNÓSTICO: 00053 "AISLAMIENTO SOCIAL"**DOMINIO N° 12: Confort****CLASE 1: Confort físico****CLASE 3: Confort social****DEFINICIÓN:** Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
OBJETIVAS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de personas de apoyo significativas. ✓ Preocupación por los propios pensamientos. ✓ Embotamiento emocional. ✓ Conducta inaceptable por el grupo socialmente dominante. ✓ Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o la etapa de desarrollo. ✓ Búsqueda de la soledad. SUBJETIVAS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresión de sentimientos de rechazo y soledad impuesta por otros. ✓ Intereses inapropiados o inmaduros para etapa del desarrollo. ✓ Experimenta sentimientos de ser distinto a los demás. ✓ Incapacidad para satisfacer las expectativas de los demás. ✓ Inseguridad en público. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alteración del estado mental. <input type="checkbox"/> Recursos personales inadecuados. <input type="checkbox"/> Valores no aceptados socialmente. <input type="checkbox"/> Alteraciones del aspecto físico. <input type="checkbox"/> Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias. <input type="checkbox"/> Intereses inmaduros. <input type="checkbox"/> Conducta socialmente no aceptada.

Patrón 8: Rol - Relaciones

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
2002- Bienestar personal.	5230 Aumentar el afrontamiento. 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo. 5400 Potenciación de la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana. • Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas. • Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía. 	200201 REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. 200213 CAPACIDAD PARA CONTROLAR ACTIVIDADES. 200206 FUNCIONAMIENTO COGNITIVO. 200202 FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO. 200207 CAPACIDAD DE SUPERACIÓN. 200210 CAPACIDAD PARA EXPRESAR EMOCIONES. Escala: 1.-NO DEL TODO SATISF. 2.-ALGO SATISF. 3.-MODER SATISF. 4.-MUY SATISF. 5.-COMPLET. SATISF.

DIAGNÓSTICO: 00053 "AISLAMIENTO SOCIAL"**DOMINIO N° 12: Confort****CLASE 1: Confort físico****CLASE 3: Confort social****DEFINICIÓN:** Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.**Patrón 8: Rol - Relaciones**

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1502- Habilidades de interacción social.	4362 Modificación de la conducta: Habilidades sociales. 5460 Contacto. 5240 Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales. • Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado. • Utilización de un Proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. 	150212 RELACIONES CON LOS DEMAS. 150203 COOPERACION CON LOS DEMAS. 150207 MOSTRAR CONSIDERACION. 150209 MOSTRAR CAUDEZ. 150205 USO DE LA ASERTIVIDAD SI PROCEDE. 150216 UTILIZAR ESTRATEGIAS DE Resolución DE CONFLICTOS. Escala 1.-NUNCA DEMOSTR. 2.-RARAM. DEMOSTR. 3.-A VECES. DEMOSTR. 4.-FRECU. DEMOSTR. 5.-SIEMP. DEMOSTR.

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
2601 Clima social de la familia	7100 Estimulación de la integración familiar. 7130 Mantenimiento en procesos familiares. 7040 Apoyo al cuidador principal. 7200 Fomentar la normalización familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la cohesión y unidad familiar. • Minimizar los efectos en los procesos de ruptura familiar. • Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios. 	260124 MANTIENE LA RUTINA FAMILIAR. 260108 MANTIENE EL HOGAR LIMPIO. 260114 COMPARTE SENTIMIENTOS Y PROBLEMAS CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA. 260116 SOLUCIONA PROBLEMAS OBSERVADOS. 260113 TRABAJAN CONJUNTAMENTE PARA SATISFACER LOS OBJETIVOS. 260111 ESTIMULA A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA A SER INDEPENDIENTES. Escala: 1.-NUNCA DEMOSTR. 2.-RARAM. DEMOSTR. 3.-A VECES. DEMOSTR. 4.-FRECU. DEMOSTR. 5.-SIEMP. DEMOSTR.

DIAGNÓSTICO: 00053 "AISLAMIENTO SOCIAL"

DOMINIO Nº 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

CLASE 3: Confort social

DEFINICIÓN: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Patrón 8: Rol - Relaciones

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1503- Implicación social.	5100 Potenciación de la socialización. 5430 Grupo de apoyo. 4390 Terapia con el ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros. • Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros. • Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediatos al paciente para promover un fundamento psicosocial óptimo. 	150301 INTERACION CON AMIGOA INTIMOS. 150303 INTERACION CON MIEMBROS DE LA FAMILIA. 150307 PARTICIPACION EN ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES. 150309 PARTICIPACION COMO MIEMBRO EN GRUPOS DE VOLUNTARIADO. 150311 PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE OCIO. 150313 PARTICIPACION EN EQUIPOS DE DEPORTE. ESCALA; 1.-NUNCA DEMOSTR. 2.-RARAM. DEMOSTR. 3.-A VECS. DEMOSTR. 4.- FRECM. DEMOSTR. 5.-SIEMP.- DEMOSTR.

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1203- Severidad de la soledad	5440 Aumentar los sistemas de apoyo. 5270 Apoyo emocional. 6400 Apoyo en la protección contra abusos. 5450 Terapia de grupo.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad. • Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión. • Identificación de las relaciones y acciones dependientes de alto riesgo para evitar que aumenten los daños físicos o emocionales. • Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo. 	120306 EXPRESION DE PERDIDA DEBIDO A LA SEPARACION DE OTRA PERSONA. 120307 EXPRESION DE AISLAMIENTO SOCIAL. 120316 DISMINUCION DE LA CAPACIDAD PARA CONCENTRARSE. 120318 DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES. 120302 EXPRESION DE DESESPERACION. 120304 EXPRESION DE AUSENCIA DE PERTENENCIA. 120312 DIFICULTAD PARA ESTABLECER CONTACTO CON OTRAS PERSONAS. 120309 EXPRESION DE SER EXCLUIDO. Escala: 1.- GRAVE 2.-SUSTANCIAL 3.-MODERADO 4.-LEVE 5.-NINGUNO

DIAGNÓSTICO: 00053 "AISLAMIENTO SOCIAL"

DOMINIO N° 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

CLASE 3: Confort social

DEFINICIÓN: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Patrón 8: Rol - Relaciones

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1204- Equilibrio emocional.	5330 Control del humor. 5420 Apoyo espiritual. 4920 Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico. Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de unas creencias. Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente. 	120403 MUESTRA CONTROL DE LOS IMPULSOS. 120402 MUESTRA UN ESTADO DE ANIMO SERENO. 120415 MUESTRA INTERES POR LO QUE LE RODEA. 120417 REFIERE UN NIVEL DE ENERGIA ESTABLE. 120406 CONVERSA A UN RITMO MODERADO. 120423 MANTIENE EL ARREGLO Y LA HIGIENE PERSONAL. Escala: 1.-NUNCA DEMOSTR. 2.-RARAM. DEMOSTR. 3.-A VECS. DEMOSTR. 4.-FRECM. DEMOSTR. 5.-SIEMP. DEMOSTR.

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1504 Soporte social.	5440 Aumentar los sistemas de apoyo. 7110 Fomentar la implicación familiar. 8100 Derivación.	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad. Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente. Disponer los arreglos para el suministro de servicios por parte de otros cuidadores o institución. 	150407 REFIERE LA EXISTENCIA DE PERSONAS QUE PUEDEN AYUDARLE CUANDO LO NECESITA. 150402 REFIERE DEDICACION DE TIEMPO DE OTRAS PERSONAS. 150405 REFIERE AYUDA EMOCIONAL PROPORCIONADA POR OTRAS PERSONAS. 150406 REFIERE RELACIONES DE CONFIANZA. 150410 REFIERE CONTACTOS SOCIALES DE SOPORTE ADECUADOS. 150409 REFIERE UNA RED SOCIAL DE AYUDA. Escala: 1.- INADECUADO 2.-LIGERM. ADECUAD. 3.-MODERDM. ADECU. 4.-SUSTC. ADECUAD. 5.-COMPLET. ADECUAD.

DIAGNÓSTICO: 00053 "AISLAMIENTO SOCIAL"

DOMINIO N° 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

CLASE 3: Confort social

DEFINICIÓN: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Patrón 8: Rol - Relaciones

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
1604- Participación en actividades de ocio.	5360 Terapia de entretenimiento. 4310 Terapia de actividad. 4860 Terapia de reminiscencia.	<ul style="list-style-type: none"> Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales. Prescripción de asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o grupo). Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales. 	160413 DISFRUTA DE ACTIVIDADES DE OJO. 160412 EJECUTIVIDADES DE OJO DE INTERES. 160401 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DIFERENTES AL TRABAJO HABITUAL. 160404 REFIERE RELAJACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE OJO. 160403 USO DE HABILIDADES SOCIALES DE INTERACCIÓN APROPIADAS. 160405 DEMOSTRACIÓN DE CREATIVIDAD DURANTE LAS ACTIVIDADES DE OJO. Escala: 1.- NUNCA DEMOSTR. 2.- RARAM. DEMOSTR. 3.- A VECES. DEMOSTR. 4.- FRECUENT. DEMOSTR. 5.- SIEMPR. DEMOSTR.

DIAGNÓSTICO: 00053 "AISLAMIENTO SOCIAL"

DOMINIO Nº 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

CLASE 3: Confort social

DEFINICIÓN: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Patrón 8: Rol - Relaciones

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Dña. Mónica Morán Rodrigo

Patrones Funcionales de Salud

- Patrones funcionales alterados :
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 8: Rol Relaciones
- Patrón 10: Adaptación - Tolerancia

DOMINIOS Y CLASES NANDA II



DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO

CLASE: 1- CRECIMIENTO

CLASE: 2- DESARROLLO

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE
DEMOSTRADO

Diagnósticos

- 00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo

Diagnósticos enfermeros (NANDA II)

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"**DOMINIO Nº 13: Crecimiento y desarrollo****CLASE 1: Crecimiento****CLASE 2: Desarrollo****DEFINICIÓN:** *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración del crecimiento físico ✓ Disminución del tiempo de respuesta ✓ Retraso para realizar las habilidades (motoras, sociales o expresivas) típicas de su grupo de edad. ✓ Dificultad para realizar las actividades (motoras, sociales o expresivas) típicas de su grupo de edad. ✓ Incapacidad para realizar las actividades de autocuidado propias de su edad. ✓ Incapacidad para realizar las actividades de autocontrol propias de su edad. ✓ Abulia ✓ Indiferencia. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Efectos de la incapacidad física <input type="checkbox"/> Deficiencias ambientales <input type="checkbox"/> Cuidados inapropiados <input type="checkbox"/> Respuestas incoherentes <input type="checkbox"/> Indiferencia <input type="checkbox"/> Múltiples cuidadores <input type="checkbox"/> Dependencia prescrita <input type="checkbox"/> Separación de las personas significativas <input type="checkbox"/> Deficiencias de estimulación <input type="checkbox"/> Medicación (Metilfenidato)

Patrones: : 3 Eliminación
8 Rol -Relaciones
10 Adaptación-Tolerancia

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0108- Desarrollo infantil segunda infancia	5566 Educación paterna: crianza familiar de los niños.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitar a los padres que describan las características de los hijos. ▪ Discutir la relación padre/hijo. ▪ Identificar las características fisiológicas, emocionales y de conducta del niño. ▪ Identificar los mecanismos de defensa más comúnmente utilizados por los grupos de la misma edad. ▪ Facilitar a los padres la discusión de métodos de disciplina disponibles, selección y resultados obtenidos. ▪ Comentar las vías que pueden utilizar los padres para ayudar a los hijos a controlar su ira. ▪ Discutir los enfoques que pueden utilizar los padres para ayudar a sus hijos a expresar sentimientos de una manera positiva. 	010801 Practica hábitos higiénicos. 01802 Juega en grupos 010803 Desarrolla amistades íntimas 010804 Se identifica con sus compañeros del mismo sexo. 010805 Asume responsabilidades en determinadas tareas domésticas. 010806 Cumple los compromisos de las actividades extraacadémicas. 010807 Expresa sentimientos de forma constructiva. 010808 Manifiesta confianza en sí mismo. 010809 Comprende el bien y el mal. 0108010 Cumple las normas de seguridad. Escala: 1- Nunca Manifestada 2- Raramente manifestada 3- En ocasiones manifestada 4- Con frecuencia manifestada 5- Frecuentemente manifestada

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"**DOMINIO Nº 13: Crecimiento y desarrollo****CLASE 1: Crecimiento****CLASE 2: Desarrollo****DEFINICIÓN:** *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0108- Desarrollo infantil segunda infancia	5566 Educación paterna: crianza familiar de los niños.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a los padres acerca de recursos comunitarios. • Proporcionar a los padres una variedad de estrategias que puedan utilizar en el manejo de la conducta. • Establecer un juego de roles de técnica de crianza de niños y habilidades de comunicación. • Proporcionar a los padres lecturas u otros materiales que sean útiles en la realización del papel de padres. 	010811 Expresa pensamientos cada vez más complejos. 010812 Muestra creatividad. 010813 Comprende ideas cada vez más complejas. 010814 Asume responsabilidades en las tareas domésticas. 010815 Rinde en la escuela al nivel de su capacidad. Escala: 1- Nunca Manifestada 2- Raramente manifestada 3- En ocasiones manifestada 4- Con frecuencia manifestada 5- Frecuentemente manifestada

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0108- Desarrollo infantil segunda infancia	0612 Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar a la realización del diagnóstico para descartar causas físicas. ▪ Entrevistar a los padres para obtener datos acerca del historial de entrenamiento para ir alaseo, esquemas de eliminación, infecciones del tracto urinario y sensibilidad a ciertos alimentos. ▪ Determinar la frecuencia, duración y circunstancias de la enuresis. ▪ Discutir los métodos ineficaces y eficaces del Tratamiento anterior. ▪ Observar periódicamente el nivel de frustración y estrés de la familia y del niño. ▪ Comentar las técnicas que se han de emplear para disminuir la enuresis (luz nocturna, restricción de líquidos...) ▪ Animar al niño a manifestar sentimientos. ▪ Enfatizar las virtudes del niño. ▪ Animar a los padres a que muestren amor y aceptación en casa para contrarrestar la ridiculización por parte de sus iguales. ▪ Ayudar a la dinámica psicosocial de la enuresis con los padres (esquemas familiares, ruptura familiar, cuestiones de autoestima y características de autolimitación). ▪ Administrar medicamentos si procede para el control a corto plazo. 	

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

DOMINIO Nº 13: Crecimiento y desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN: *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0108- Desarrollo infantil segunda infancia	0410 Cuidados de la incontinencia intestinal: Encopresis	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la etiología del problema y la base de las acciones. • Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente y la familia. • Instruir al paciente/ familia de que lleve un registro de defecación. • Lavar la zona perianal con agua y jabón y secarla bien después de cada deposición. • Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal si procede. • Controlar la dieta y necesidades de líquidos. • Enfatizar las virtudes del niño.* • Animar a los padres a que muestren amor y aceptación en casa para contrarrestar la ridiculización por parte de sus iguales.* • Observar periódicamente el nivel de frustración y estrés de la familia y del niño. 	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0108- Desarrollo infantil segunda infancia	<p>4360 Modificación de la conducta.</p> <p>4480 Facilitar la autorresponsabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la modificación al cambio del paciente. ▪ Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla. ▪ Animar al paciente a que examine su propia conducta. ▪ Identificar la conducta que debe cambiarse. ▪ Desarrollar un programa de cambio de conducta. ▪ Facilitar la implicación familiar en el proceso. ▪ Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse. ▪ Considerar responsable al paciente de sus propias conductas. ▪ Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos a asumir la responsabilidad. ▪ Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada. ▪ Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias. ▪ Establecer límites sobre las conductas manipuladoras. ▪ Abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con el paciente. ▪ Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propias autocuidados como sea posible. ▪ Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de los que debe responsabilizarse el niño si procede. ▪ Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad conseguido por el paciente. ▪ Proporcionar una respuesta positiva ante el cambio. 	

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

DOMINIO Nº 13: Crecimiento y desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN: *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0108- Desarrollo infantil segunda infancia	4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un plan de control de la conducta que sea llevada a cabo por todos los cuidadores de forma coherente. • Comunicar las normas, expectativas de conducta y las consecuencias con un lenguaje sencillo. • Evitar discutir o regatear los límites establecidos con el paciente. • Alabar los comportamientos deseados y los esfuerzos de autocontrol. • Proporcionar consecuencias coherentes tanto para las conductas deseadas como para las indeseadas. • Proporcionar ayudas que aumenten la estructura ambiental, la atención y la concentración en las tareas (relojes, calendarios, instrucciones escritas paso a paso...) 	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0108- Desarrollo infantil segunda infancia	4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente. • Mantener un programa de rutina que incluya un equilibrio de tiempo estructurado y tranquilo. • Comprobar el estado físico del paciente hiperactivo (peso, hidratación). • Proporcionar enseñanza sobre la enfermedad al paciente y familia. • Administrar medicamentos para promover los cambios de conducta deseados. • Observar si se producen efectos secundarios consecuencia de los medicamentos y los resultados de conducta deseados. • Proporcionar enseñanza sobre medicación al paciente/familia. 	

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

DOMINIO Nº 13: Crecimiento y desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN: *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0108- Desarrollo infantil segunda infancia	5820 Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. 	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0109- Desarrollo infantil: Adolescencia	5562 Educación paterna: Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a los padres que describan las características de su hijo adolescente. • Comentar la relación padre/hijo durante los años de niñez y escolares. • Discutir la disciplina de los padres, en ellos mismos, cuando fueron adolescentes. • Identificar las características fisiológicas, emocionales y de conducta normales del adolescente. • Identificar los mecanismos de defensa más comúnmente utilizados por los grupos de la misma edad. • Describir la importancia de las cuestiones de poder/control tanto para los padres como para los adolescentes. • Tratar las estrategias de establecimiento de límites a los adolescentes. 	010901. Practica hábitos higiénicos. 010904 Utiliza habilidades de interacción social. 010905 Utiliza estrategias de resolución de conflictos. 010906 Mantiene buena relación con sus compañeros del mismo sexo. 010907 Mantiene buena relación con los compañeros del sexo opuesto. 010921 Respeta a los demás. 010922 Discute los sentimientos de distres con un adulto que le apoya. Escala: 1- Nunca Manifestada 2- Raramente manifestada 3- En ocasiones manifestada 4- Con frecuencia manifestada 5- Frequentemente manifestada

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

DOMINIO Nº 13: Crecimiento y desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN: *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0109- Desarrollo infantil: Adolescencia	5562 Educación paterna: Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los padres técnicas de comunicación esenciales que aumenten la capacidad de simpatizar con sus hijos adolescentes y ayuden a sus hijos a solucionar problemas. • Enseñar a los padres a comunicar su amor a sus hijos. • Reforzar la normalidad de la vacilación del adolescente entre su deseo de independencia y la regresión a la dependencia. • Discutir los efectos de la separación del adolescente de sus padres en las relaciones maritales. • Compartir estrategias de control de la percepción del adolescente acerca del rechazo de sus padres. • Facilitar la expresión de sentimientos paternos. - Comentar las vías que pueden utilizar los padres para ayudar a los hijos a controlar su ira. 	010912 Manifiesta niveles progresivos de autonomía. 010913 Describe el esquema de valores personales. 010914 Utiliza el pensamiento operativo formal. 010915 Establece objetivos académicos. 010916 Rinde en la escuela al nivel de su capacidad. 010923 Participa en actividades extracurriculares. 010924 Rinde en el trabajo a nivel de su capacidad. 010925 Identifica objetivos laborales. 010926 Sigue las reglas. 010927 Cumple las leyes. Escala: 1- Nunca Manifestada 2- Raramente manifestada 3- En ocasiones manifestada 4- Con frecuencia manifestada 5- Frecuentemente manifestada

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0109- Desarrollo infantil: Adolescencia	1030 Manejo de los trastornos de alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con otros miembros del equipo para desarrollar un plan de tratamiento; implicar al paciente y familia si procede. • Hablar con el paciente y equipo para establecer un peso adecuado como objetivo, si el paciente no está dentro del margen adecuado para su edad y estructura corporal. • Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición. • Desarrollar una relación de apoyo con el paciente. • Vigilar los parámetros fisiológicos (constantes vitales, electrolitos) que sean necesarios. • Establecer expectativas sobre conductas de alimentación adecuadas, de ingesta de comida/líquidos y de cantidad de actividad física. 	010908 Muestra capacidad de intimidad 010902 Describe el desarrollo sexual. 010903 Está conforme con su identidad sexual. 010928 Postpone la actividad sexual. 010929 Evita la actividad sexual de alto riesgo. 010910 Evita el consumo de alcohol, tabaco y drogas. 010918 Evita consumir tabaco. 010919 Evita el consumo de drogas. Escala: 1- Nunca Manifestada 2- Raramente manifestada 3- En ocasiones manifestada 4- Con frecuencia manifestada 5- Frecuentemente manifestada

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

DOMINIO N° 13: Crecimiento y desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN: *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0109- Desarrollo infantil: Adolescencia	1030 Manejo de los trastornos de alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnicas de modificación de la conducta para promover conductas que contribuyan a la ganancia de peso y para limitar las conductas de pérdida de peso, si procede. • Proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de sensibilización y oportunidades de hablar de sus sentimientos) a medida que el paciente incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen y su estilo de vida. • Limitar la actividad física si es necesario para promover ganancia de peso. • Establecer un parámetro de control de peso. 	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0109- Desarrollo infantil: Adolescencia	<p>4360 Modificación de la conducta.</p> <p>4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la modificación al cambio del paciente. • Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla. • Animar al paciente a que examine su propia conducta. • Identificar la conducta que debe cambiarse. • Desarrollar un programa de cambio de conducta. • Facilitar la implicación familiar en el proceso. • Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse. • Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social. • Ayudarle a manifestar verbalmente los sentimientos asociados a los problemas interpersonales. 	

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

DOMINIO Nº 13: Crecimiento y desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN: *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0109- Desarrollo infantil: Adolescencia	4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales. 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas.	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a identificar los tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales. Ayudar al paciente a escenificar las etapas de conducta. Proporcionar modelos de conducta. Implicar a la familia si es oportuno en el ejercicio de habilidades sociales. Animar al paciente/familia a que valoren los resultados esperados de la interacción social, establezcan resultados positivos y solucionen los problemas. Ayudar al paciente a tolerar los niveles de estrés, si procede. Disminuir el aislamiento social, si es posible. 	

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0109- Desarrollo infantil: Adolescencia	4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas. 5820 Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del propio estilo de vida. Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones. Facilitar la coordinación de esfuerzos entre los diversos grupos comunitarios relacionados con el consumo de sustancias. Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. 	

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

DOMINIO Nº 13: Crecimiento y desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN: *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIÓN NIC	EJECUCIÓN PLAN DE CUIDADOS	INDICADORES
0109- Desarrollo infantil: Adolescencia	4356 Manejo de la conducta sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las conductas sexuales inaceptables, en función del ambiente particular y población de los pacientes. • Discutir con el paciente las consecuencias de una conducta sexual socialmente inaceptable y de las manifestaciones verbales de la misma. • Enseñar/reforzar habilidades sociales apropiadas. • Proporcionar educación sexual correspondiente al nivel de desarrollo. • Discutir con el paciente las formas aceptables de realización de las necesidades sexuales individuales en privado. • Desanimar la iniciación de las relaciones sexuales o íntimas en situaciones de mucho estrés. • Animar a la expresión adecuada de sentimientos sobre situaciones del pasado o crisis traumáticas. • Proporcionar asesoramiento, si es necesario, al paciente que haya sufrido abusos sexuales. • Ayudar a la familia en la comprensión y manejo de las conductas sexuales inaceptables. 	

DIAGNÓSTICO: 00111 "RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

DOMINIO N° 13: Crecimiento y desarrollo

CLASE 1: Crecimiento

CLASE 2: Desarrollo

DEFINICIÓN: *Desviaciones de las normas para el grupo de edad.*

7. PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN SALUD MENTAL Y PROTOCOLOS GENERALES DE ACTUACION

7.1. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Dña. Pilar Caminero Luna

- 1. Definición del Trastorno.**
- 2. Población a la que va dirigido.**
- 3. Tipos de trastornos de la Conducta Alimentaria.**
- 4. Signos y Síntomas más frecuentes y complicaciones**
- 5. Patrones funcionales alterados.**
- 6. Desarrollo del plan de cuidados**

1.- DEFINICION

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la ANOREXIA, la BULIMIA y otras alteraciones menos específicas¹⁹

2. POBLACION A LA QUE VA DIRIGIDO

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de TCA en el momento de la valoración y/ o en el seguimiento

3. TIPOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La ANOREXIA es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). A pesar de la pérdida de peso progresiva, las personas afectadas presentan un intenso temor a llegar a ser obesas. Presentan una distorsión de la imagen corporal, con preocupación extrema por la dieta, figura y peso, y persisten en conductas de evitación hacia la comida con acciones compensatorias para contrarrestar lo que ingieren (hiperactividad física desmesurada, conductas de purga, etc.). No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por su conducta. Su atención está centrada en la pérdida ponderal, lo que les causa estados nutricionales carenciales que pueden comportar riesgos vitales. Generalmente, hay rasgos de personalidad previos con tendencia al conformismo, necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y falta de respuesta a las necesidades internas.

La BULIMIA es un TCA que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de

¹⁹ GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Mº Sanidad

la sobreingesta mediante vómitos autoinducidos y/o otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física. Muestran preocupación enfermiza por el peso y figura. En la BULIMIA no se producen necesariamente alteraciones en el peso, se puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso. La BULIMIA suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado.

4. SIGNOS Y SINTOMAS MÁS FRECUENTES Y COMPLICACIONES

A) EN LA ANOREXIA

- Rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal
- Distorsión de la imagen corporal: las personas con Anorexia están centradas en su peso corporal, en el temor a engordar y al sobrepeso (temor que se intensifica a medida que la paciente va perdiendo peso) y en el deseo de adelgazar. El trastorno de la vivencia corporal es un factor nuclear en el concepto de TCA. Otras alteraciones psicopatológicas: Suelen estar presentes síntomas como
 - Humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad,
 - Aislamiento social,
 - Pérdida de la libido,
 - Rumitaciones y/o rituales obsesivos alrededor de la comida.
- Alteraciones fisiológicas: como consecuencia de la pérdida ponderal aparecen alteraciones secundarias a la desnutrición, especialmente hormonales y metabólicas.
- Amenorrea (primaria o secundaria): Puede aparecer hasta en el 70% de los casos cuando la pérdida ponderal es significativa. Un 20% de pacientes presentan amenorrea sin pérdida de peso previa detectable. La causa es un hipogonadismo hipogonadotrófico originado por una disfunción hipotalámica que se considera primordialmente producida por la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso
- Hiperactividad física: Pueden presentar dos tipos de hiperactividad:
 - El ejercicio físico deliberado dirigido a quemar calorías y perder peso, que suele practicarse en solitario, tiene características obsesivas y únicamente se da en una minoría de pacientes.
 - Y la hiperactividad involuntaria secundaria a la desnutrición, que es una respuesta automática en forma de inquietud persistente similar a la observada en animales de laboratorio sometidos a una ingesta hipocalórica.

B) EN LA BULIMIA

- Pérdida de control sobre la conducta alimentaria, que enmarca los episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones). Las personas afectadas ingieren gran cantidad de alimentos en cortos períodos de tiempo. Pueden desencadenarse por estados de humor disfórico, dificultades interpersonales, hambre intensa o tras dietas restrictivas o sentimientos relacionados con el peso, la figura corporal o los alimentos. Se acompaña de sensación de falta de control y pueden reducir la disforia de forma transitoria, pero siempre van seguidos de sentimientos de culpa, autodesprecio o humor depresivo
- Presencia de mecanismos compensatorios destinados a impedir el aumento de peso:
 - La mayoría se provoca el vómito después del atracón. El efecto inmediato es el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. La forma más

frecuente es mediante la introducción de la mano para provocar el reflejo nauseoso.

- Otros mecanismos utilizados para evitar el aumento de peso son el abuso de laxantes y el uso de diuréticos o el consumo de otros fármacos anorexígenos, la realización de ejercicio excesivo o el ayuno. Tanto los laxantes como los diuréticos provocan deshidratación con la consiguiente sensación de pérdida ponderal, pero al interrumpir su utilización se produce una retención refleja de líquidos y, por lo tanto, se perpetúa su empleo.
- Preocupación persistente por el peso y la figura: se trata de un miedo morboso a engordar.

5. PATRONES FUNCIONALES

□ PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

- No conciencia de enfermedad
- Rechazan ayuda
- Incumplimiento terapéutico
- Uso de sustancias tóxicas (drogas).
- Resistencia a revisiones

□ PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

- No conciencia de enfermedad
- Descuido personal
- Rechazan cualquier intento de ayuda
- Alta distraibilidad (incumplimiento terapéutico)

□ NUTRICIONAL-METABOLICO

- Hiperactividad, malnutrición por incapacidad para centrarse en alimentación.
- Desarreglos y desequilibrios nutricionales
- Malos hábitos alimenticios, de comidas
- Valorar estado nutricional a través del I.M.C = $\text{Peso, en Kg.}/(\text{talla en m})^2$
- Historia familiar.
- Problemas en boca, esmalte
- Alteraciones dérmicas, piel seca y descamada, uñas y cabello frágiles, lanugo,...
- Preguntar:
 - Cómo es su apetito. Cómo se siente después de las comidas.
 - Cómo reparte las comidas y las bebidas durante el día. Que relate lo que come un día. Saber si come todo tipo de alimentos.
 - Si tiene sensación de náuseas, ¿con qué lo relaciona?
 - Si tiene vómitos frecuentes, ¿son provocados o espontáneos?

- Alimentos preferidos y menos deseados.
- Cómo solían realizarse las comidas en su familia.

☐ **ELIMINACION**

Menarquia y fecha de última menstruación

- Dolor abdominal
- Estreñimiento: mala alimentación.
- Laxantes, vigilancia

☐ **ACTIVIDAD-EJERCICIO**

- Incapacidad para la actividad habitual.
- Inquietud psicomotriz.

☐ **SUEÑO-DESCANSO**

- Alteración ritmos sueño.
- Perdida del ritmo sueño-vigilia.
- Terrores nocturnos
- Signos de cansancio.

☐ **COGNITIVO-PERCEPTIVO**

- Preguntar por la percepción que tiene de su peso (si es adecuado o no). Conocer si ha aumentado o disminuido de peso últimamente.
- Alteraciones sensoriales.
- Fobias, miedos
- Dificultades concentración y memoria.
- Intranquilidad, irritabilidad
- Actividades para adelgazar (ejercicio, dieta)

☐ **PERCEPCION DE SI MISMO-AUTOCONCEPTO**

- Distorsión de la imagen corporal, problemas
- Nerviosismo, Ansiedad
- Cambios de ánimo.
- Verbalizaciones autonegativas, expresiones de inutilidad
- Preocupación excesiva por la opinión de los demás.
- Preocupación física, sentimientos negativos de su cuerpo

□ **SEXUALIDAD-REPRODUCCION**

- Dismenorrea, amenorrea

□ **ADAPTACION AL ESTRÉS**

- Falta de control de impulsos
- Problemas de adaptación y comunicación

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
78	GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD	1601	Conducta de cumplimiento	4410	Establecimiento de objetivos comunes	-Mantenerse cerca, dando apoyo, trabajarse la conciencia de enfermedad. -Hacer reposo después de las comidas.
				5602	Enseñanza proceso de enfermedad.	
				5240	Asesoramiento	
		1813	Conocimiento: régimen terapéutico	4420	Acuerdo con el paciente	
				5616	Enseñanza medicamentos prescritos.	
				7140	Apoyo a la Familia	
2	DESEQUILIBRIO/RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	1512	Control del peso	1240	Ayuda a ganar peso	-Alcanzar un peso optimo -Dieta variada, - Regularizar los horarios de comidas (4-5 al día) y añadir algún suplemento dietético, si prescripción médica. -Pequeñas cantidades al principio, para ir aumentando
		1008	Estado nutricional: ingestión alimentaría y de líquidos	1160	Monitorización nutricional	
25	RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	0600	Equilibrio hidroelectrolítico	4120	Control de líquidos	-Mejorar ingesta hídrica, motivando los logros -Valorar los logros
				4130	Monitorización de líquidos	
				6680	Monitorización de los signos vitales	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
15	RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	501	Eliminación intestinal	450	Cuidados en el estreñimiento/impactación	-Identificar los factores que causan estreñimiento
				420	Irrigación intestinal	-Aumentar ingesta hídrica
				1160	Monitorización nutricional	-Dieta rica en fibra
				1100	Cuidados de la nutrición	-Actividad física
95	DETERIORO/RIESGO DE DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO	1850	Sueño	1850	Fomentar el sueño	-Instruir al paciente y familia sobre la relación entre la dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento.
				5820	Disminuir la ansiedad	-Higiene de sueño -Ajustar el ambiente para favorecer el sueño. -Controlar la administración y efecto de los estimulantes -Regular horarios y ritmos
118	TRASTORNO/RIESGO DE TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	1200	Imagen corporal	5220	Potenciación de la imagen corporal	- Expresiones de valoración y aumento de autoestima - Corregir pensamientos distorsionados -Marcarse objetivos realistas esperando un cambio lento, pero progresivo en los hábitos alimentarios -Ayudar la paciente a identificar sus puntos fuertes, reforzándolos -Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
				4700	Reestructuración cognitiva	
				5400	Potenciación de la autoestima	
		1302	Afrontamiento de problemas	5230	Aumentar el afrontamiento	
				5820	Asesoramiento	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
120	BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	1205	Autoestima	2570	Apoyo emocional	-Observar las frases del paciente sobre su propia valía animándolo a identificar sus cualidades -Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoran su aspecto -Ayudarlo a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal -Enseñar a cambiar autoafirmaciones -Trabajar habilidades sociales.
				5400	Potenciación de la autoestima	
119	BAJA AUTOESTIMA CRONICA	1614	Autonomía personal	5230	Fomentar la adaptación	
				4700	Reestructuración Cognitiva	
				5110	Potenciar la socialización	
69	AFRONTAMIENTO INEFICAZ	1405	Control de impulsos	5230	Fomentar la adaptación	-Técnicas de respiración y relajación -Trabajar habilidades sociales -Apoyo para que identifique los sentimientos de culpa y las situaciones que precipitan ansiedad. Así como búsqueda de motivaciones para ejercer un cambio en ciertos aspectos de la vida. -Técnicas de resolución de problemas
				5820	Disminución de la ansiedad	
				4410	Establecimiento de objetivos comunes	
				4354	Manejo de la conducta: autolesión	
		1302	Afrontamiento de problemas	5230	Fomentar la adaptación	
				5250	Apoyo en la toma de decisiones	
				5820	Disminución de la ansiedad	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
146	ANSIEDAD	1402	Control de la ansiedad	5820	Disminución de la ansiedad	Realizar relajación y respiraciones Técnicas de control de impulsos - Enfoque sereno que de seguridad y facilite la confianza para expresar sentimientos, percepciones y miedos. -Identificar los momentos que se relacionan con el atracón y planificar actividades que los eviten
				6847	Manejo ambiental: prevención de la violencia	
				6160	Intervención en caso de crisis.	
47	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	1102	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	6550	Protección contra las infecciones	-Protecciones en zonas de roce -Crema hidratante -Curas si UPP
				3540	Prevención de UPP	
				1650	Cuidado de los ojos	
				1750	Cuidados perineales	
140	RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	1408	Autocontención de suicidio	6847	Manejo ambiental: prevención de la violencia	-Vigilancia y asesoramiento -Medidas de protección y/o sujeción -Inmovilización terapéutica
				6650	Vigilancia	
				4380	Establecer límites de conducta	
				4920	Escucha activa	
				5230	Fomentar la adaptación	
		1406	Represión de automutilación	6847	Manejo ambiental: prevención de la violencia	
				5270	Apoyo emocional	
				4640	Ayuda al control del enfado	
				4920	Escucha activa	
		1902	Control de riesgo	4420	Acuerdo con el paciente	

Dña. Gema Rubia Ruiz

1. Esquizofrenia.

- a. Definición de esquizofrenia
- b. Población a la que va dirigido.
- c. Tipos de esquizofrenia.
- d. Sintomatología más frecuente
- e. Pronóstico de la esquizofrenia. Indicadores

2. Trastorno delirante

- a. Población a la que va dirigido
- b. Formas clínicas

3. Patrones funcionales alterados en pacientes con esquizofrenia y trastorno delirante.

4. Desarrollo del plan de cuidados en pacientes con esquizofrenia y trastorno delirante.

1. ESQUIZOFRENIA

1.1. Definición de Esquizofrenia

La **esquizofrenia** es una enfermedad cuya principal característica es la disolución de la identidad propia y el subsiguiente deterioro de la relación del paciente y de su entorno. Se declara hacia la pubertad y se caracterizan por alteraciones del humor y de la conducta

Conductas o problemas:

- Conducta retraída o inhibida.
- Conducta regresiva.
- Ansiedad en incremento, agitación
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida de los límites del yo —incapacidad para percibir o diferenciar el concepto de sí mismo de los elementos del medio exterior
- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Pensamiento desorganizado, ilógico
- Respuestas emocionales inadecuadas o insuficientes
- Trastornos de la volición y de la actividad dirigida a objetivos
- Malas relaciones interpersonales
- Dificultad para entablar comunicación verbal
- Exageración (le las respuestas a los estímulos

- Agresión hacia sí, otras personas o propiedades
- Alteraciones del sueño, fatiga
- Trastornos del apetito: nutrición insuficiente
- Conflictos sexuales
- Estreñimiento
- Trastornos menstruales

1.2. POBLACIONA A LA QUE VA DIRIGIDO

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de esquizofrenia que en el momento del ingreso presentan una descompensación de la sintomatología psicótica, precisando ingreso en la unidad de hospitalización breve.

1.3. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Los tipos principales son:

- **Desorganizada o Hebefrénica:** Se caracteriza por un predominio de trastornos afectivos y conductuales, un empobrecimiento del de comportamiento y deterioro intelectual. Su inicio es precoz, coincidiendo con los primeros años de la adolescencia. Aparece de forma insidiosa y su pronóstico es malo.
- **Catatónica:** Se caracteriza por importantes alteraciones psicomotoras, que van desde:
 - 1) Variedad excitada, se caracteriza por actividad motora excesiva y a veces violenta y excitación;
 - 2) Inhibida, que se caracteriza por inhibición generalizada que conductualmente se revela por estupor, mutismo, negativismo y flexibilidad cética.
- **Paranoide:** La sintomatología está dominada por trastornos del pensamiento de tipo persecutorio, poco sistematizados y estructurados. Su inicio es más tardío, lo que permite una mayor adaptabilidad social
- **Indiferenciada:** Se caracteriza por presencia de síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
- **Residual:** Es aquella en la que se ha dado al menos un episodio de esquizofrenia, en que aparece afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia, pero que sin que el momento existan síntomas psicóticos tales como ideas delirantes o alucinaciones

1. 4. SINTOMAS MAS FRECUENTES.

Síntomas Positivos:

1. Alteración de la conducta
 - Afecto inapropiado a los estímulos
 - Risas inmotivadas
2. Alteración de la afectividad
 - Afecto inapropiado a los estímulos
 - Risas inmotivadas
3. Alteración del pensamiento
 - Pensamiento disgregado e incoherente
 - Taquipsiquia
 - Ideas delirantes y alucinaciones (auditivas)
 - Los delirios más frecuentes: de persecución, de grandeza, celotípicos
4. Alteración de lenguaje
 - Neologismos
 - Ecolalia
 - Verborrea
5. Alteración de la Sensopercepción
 - Alucinaciones auditivas
 - Alucinaciones visuales
 - Alucinaciones olfativas y gustativas
 - Alucinaciones táctiles
 - Alucinaciones cenestésicas

Síntomas Negativos

1. Alteración de la conducta
 - Déficit de autocuidados
 - Disminución y desinterés en las relaciones sociales
 - Inhibición
 - Estupor y perplejidad
 - Disminución de la voluntad
2. Alteración de la afectividad
 - Aplanamiento afectivo
 - Alogia
 - Anhedonia
 - Apatía
 - Sensación de vacío o indiferencia ante lo que les rodea
 - Incapacidad de verbalizar o expresar emociones

- Impotencia para tomar una decisión o cumplir un acto deseado y reconocido como necesario por el paciente
- 3. Alteración del pensamiento
 - Embotamiento mental
 - Pobreza de discurso con pensamiento concreto y pobre
 - Pensamiento enlentecido o inhibido pudiendo llegar al mutismo
- 4. Alteración del lenguaje
 - Lenguaje redundante
 - Simbolismos
 - Disartria
 - Bradifemia

1. 5. CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

Fase prodrómica

- Comportamiento autista
- Comportamiento ansioso
- Abandono o descuido de actividades habituales
- Alteraciones premórbidas de la personalidad

Fase aguda

- Brote esquizofrénico con presencia de síntomas psicóticos claros

Fase residual

- Persistencia de algunos síntomas

1.6. PRONOSTICO. Indicadores de pronóstico

El curso de la enfermedad es variable, en general se aceptan los siguientes cursos:

- Episodio agudo con remisión completa: el 20% de los casos se recuperan
- Enfermedad aguda recurrente: 20%. Estos pacientes no suelen alcanzar la remisión completa tras los episodios agudos , por lo que se van deteriorando progresivamente tras cada nuevo episodio
- Enfermedad crónica de inicio agudo : 20%
- Enfermedad crónica de inicio insidioso: 20%
- Suicidio: 10-15%

Indicadores de buen pronóstico:

- Inicio tardío de la enfermedad
- Buena adaptación social, laboral y familiar

- Existencia de agentes estresantes desencadenantes
- Comienzo agudo
- Ausencia de antecedentes familiares
- Apoyo socio-familiar
- Capacidad para colaborar en el tratamiento
- Pocas o ninguna recaída en 5 años

Indicadores de mal pronóstico:

- Inicio precoz
- Como consecuencia de lo anterior, mala adaptación
- Ausencia de agentes externos
- Comienzo lento e insidioso
- Existencia de antecedentes familiares
- Ausencia de apoyo socio-familiar
- Escasa colaboración al tratamiento
- Múltiples recaídas

2. TRASTORNO DELIRANTE

Se caracteriza por la presencia de ideas delirantes que, en principio, no son excesivamente extrañas o inverosímiles y que se mantienen más de 3 meses. Anteriormente se denominaba trastorno paranoide o paranoia

Se distingue de la esquizofrenia porque en el trastorno delirante los delirios se presentan de forma organizada y coherente, que hacen que sean incluso creíbles

No presentan alteraciones de la sensopercepción, ni del lenguaje, ni de la afectividad. Sin embargo sí presentan conductas consecuentes con los delirios como hostilidad, desconfianza, agresividad y euforia

Suele aparecer a partir de los 40 años

2.1. Población a la que se dirige

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de trastorno delirante crónico que en el momento de la valoración presentan una descompensación de la sintomatología psicótica, precisando intervención o ingreso en hospitalización.

2.2. Formas clínicas:

Tipos:

- **Persecutorio:** Ideas delirantes de que la persona, o alguien próximo a ella está siendo perjudicada de alguna manera
- **Celotípico:** Ideas delirantes de que el compañero le es infiel

- **Erotomaniaco:** Ideas delirantes de que otra persona, en general de un rango superior está enamorada de la persona
- **Grandioso o megalomaniaco:** Ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad o relación especial con una divinidad o persona famosa
- **Somático:** Ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o enfermedad médica

3. PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS en esquizofrenia y trastorno delirante

▪ PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

- Nula conciencia de enfermedad
- Incumplimiento terapéutico
- Riesgo de traumatismo/infecciones/ intoxicaciones debido a los efectos secundarios de los fármacos.

▪ NUTRICIONAL-METABOLICO

- La relación consumo/ gasto puede ser superior a lo requerido o por la contraria inferior
- La forma de alimentarse es desordenada y compulsiva,
- Preferencia por alimentos ricos en HC y comida de fácil preparación
- Tendencia a la obesidad además de por los malos hábitos nutricionales por los efectos secundarios de la medicación
- A veces sólo comen alimentos envasados y que ellos mismos comprueban, por temor al envenenamiento
- Son reticentes al seguimiento de las dietas especiales
- Pueden presentar disfagia como consecuencia de los efectos secundarios de los neurolépticos

▪ ELIMINACION

- Alteración tanto vesical como intestinal.
- Estreñimiento, causado por: mala alimentación, vida sedentaria, disminución de la ingesta hídrica, descuido de hábitos higiénico-dietéticos, efectos secundarios de la medicación.

▪ ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Abandono de la autonomía en cuanto a autocuidados: higiene, imagen corporal y AVD
- Alteración en el habla, tono de voz uniforme, velocidad enlentecida y un período de latencia en la respuesta alto, en el otro extremo podemos encontrar un tono de voz elevado y verborrea
- Incoordinación en la expresión y la emoción

- Vida completamente sedentaria
- Su actividad física habitual puede verse reducida debido a algunos síntomas negativos y a la confusión mental
- En su comportamiento motriz podemos encontrar: agitación, inquietud, inhibición temblores, catatonía, estereotipias, manierismos, bloqueos, tics
- Dentro del comportamiento motriz debemos tener en cuenta los efectos secundarios de los neurolépticos, las llamadas reacciones extrapiramidales, que consisten en: reacciones distónicas agudas, sd. parkinsoniano, acatisia, discinesia tardía, sd. neuroléptico maligno

- **SUEÑO-DESCANSO**
 - Las ideas delirantes/ alucinaciones se intensifican por la noche, por lo se evita el sueño
 - Suelen usar hipnóticos que suelen autoadministrarse incluso de madrugada y manteniendo sus efectos en las primeras horas del día.
 - Durante el día se sienten fatigados y con sensación de que el sueño no ha sido reparador
 - Pérdida del ritmo sueño-vigilia.

- **COGNITIVO-PERCEPTIVO**
 - Pérdida de la orientación temporo-espacial e incluso la orientación personal
 - Alteraciones sensorio-perceptivas: les va a provocar síntomas característicos tales como: hablar solos, taparse los oídos, poner música a volumen alto, mirar hacia algo concreto que no parece importante
 - Las alteraciones en el pensamiento son múltiples tanto en curso (incoherencia y disgregación) como en contenido (delirios)
 - Dificultades concentración y memoria.

- **PERCEPCION DE SI MISMO-AUTOCONCEPTO**
 - Los pacientes mayoritariamente presentan baja autoestima:
 - No se sienten a gusto consigo mismos
 - No valoran de forma positiva sus capacidades y logros
 - Se destapan sentimientos de miedo, angustia y vacío
 - Se sienten presionados por sus pensamientos, por su entorno, pudiendo llegar a la desesperanza e ideación suicida
 - Excepcionalmente pueden presentar una autoestima elevada en caso de ideación megalomaniaca

- **ROL-RELACIONES**
 - Aislamiento social
 - Pérdida de relaciones

- **SEXUALIDAD-REPRODUCCION**

- Relaciones sexuales insatisfactorias , en ocasiones se debe a los afectos secundarios de la medicación
- Relaciones sexuales sin protección, con el consiguiente riesgo de paración de ETS
- Las pacientes femeninas presentan desarreglos menstruales, riesgo de embarazos debido a la promiscuidad sexual

- **ADAPTACIÓN/ TOLERANCIA AL ESTRÉS**

- Este patrón se ve altamente alterado debido a la pérdida de la realidad
- En otros casos utilizan las creencias religiosas como refugio a su situación de indefensión personal
- Son más vulnerables a situaciones estresantes
- Un estado de tensión y/o ansiedad pueden provocar una descompensación

- **VALORES Y CREENCIAS**

- Este patrón se ve altamente alterado debido a la pérdida de la realidad
- En otros casos utilizan las creencias religiosas como refugio a su situación de indefensión personal

4. Desarrollo del plan de cuidados del paciente con esquizofrenia y con trastorno delirante

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA / TRASTORNO DELIRANTE

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00078	GESTION INEFICAZ DEL LA PROPIA SALUD	1601	Conducta de cumplimiento	4420	Acuerdo con el paciente	-Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados -Ayudar al paciente a desarrollar un plan a cumplir por objetivos - Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para conseguir los objetivos
		1813	Conocimiento régimen terapéutico	5602	Enseñanza: proceso de la enfermedad	-Evaluar el nivel de conocimientos del paciente r/c el proceso de enfermedad -Describir el proceso de la enfermedad
				4360	Modificación de la conducta	-Determinar la motivación al cambio del paciente -Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias
00001	DESEQUILIBRIO/RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO	1008	Estado nutricional :ingestión alimentaría y de líquidos	1100	Cuidados de la nutrición	-Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
		1612	Control del peso	1160	Monitorización nutricional	-Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
				1260	Manejo del peso	-Tratar con paciente la relación entre ingesta/ejercicio/ganancia peso/perdida peso

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA / TRASTORNO DELIRANTE

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00011	ESTREÑIMIENTO	0501	Eliminación intestinal	0430	Manejo intestinal	-Tomar nota de problemas intestinales, rutina y uso de laxantes -Instruir al paciente sobre alimentos de alto contenido en fibra
00095	INSOMNIO	0003 0004	Descanso Sueño	1850	Mejorar el sueño	-Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas o psicológicas que interrumpen el sueño -Facilitar el mantenimiento de rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama -Comentar técnicas para favorecer el sueño
00168	SEDENTARISMO	0005	Tolerancia a la actividad	0200 5612	Fomento del ejercicio Enseñanza actividad/Ejercicio prescrito	-Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal -Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente -Proporcionar una respuesta positiva a sus esfuerzos -Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente -Informar del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA / TRASTORNO DELIRANTE

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00108	DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO E HIGIENE	0300 0305	Cuidados personales :actividades e la vida diaria Higiene	1801	Ayuda parcial en los auto cuidados :baño/higiene	-El paciente se aseará solo o con ayuda en la realización del aseo -Establecer regularidad de días y horarios.
00109	DEFICIT AUTOCUIDADO VESTIDO/ACICALAMIENTO	0300 0302	Cuidados personales/AVD Vestirse	1802	Ayuda autocuidado/vestirse arreglo personal	-Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar - Estar disponible para ayudar a vestir al paciente si es preciso -Mantener la intimidad mientras que el paciente se viste
00122	TRASTORNO DE LA PERCEPCION SENSORIAL(AUDITIVA ,CENESTESICAS ,OLFATORIA ,GUSTATIVAS TACTIL Y VISUAL)	1403	Autocontrol del pensamiento distorsionado	6510 6450 4820	Manejo de alucinaciones Manejo ideas ilusorias Orientación a la realidad	-Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente -Mantener un ambiente de seguridad -Ayudar al paciente a identificar las situaciones en las que es socialmente inaceptable discutir las ilusiones -Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en la ilusión que puedan resultar dañinas -Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo -Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales (televisión ,periódicos, radio e informativos)

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA / TRASTORNO DELIRANTE

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00055	DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL	1501 1302	Ejecución del Rol Afrontamiento de Problemas	5250 5230	Apoyo a la autoestima Aumentar el afrontamiento	-Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y soluciones -Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa -Facilitar la toma de decisiones en colaboración -Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel -Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación
00146	ANSIEDAD	1402	Autocontrol de la ansiedad	5820 5880	Disminución de la ansiedad Técnicas de relajación	-Mantener la calma de forma deliberada -Facilitar la respiración lenta, profunda e intencionadamente -Reducir o eliminar estímulos que crean miedo o ansiedad -Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede -Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA / TRASTORNO DELIRANTE

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00138	RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	1401 1405	Control de agresiones Autocontrol de impulsos	6487 4640 6580 6654	Manejo ambiental/ Prevención de la violencia Ayuda para el control del enfado Sujeción física Vigilancia/seguridad	<p>-Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado , dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente</p> <p>-Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias</p> <p>-Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar potencialmente peligrosos)</p> <p>- Identificar con el paciente los beneficios de la manifestación de enfado de una forma no violenta, que se adapte a las circunstancias</p> <p>-Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/ vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario</p>
00140	RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA.	1408	Autocontrol del impulso suicida.	4354 6340 6654	Manejo de la conducta: autolesión Prevención del suicidio Vigilancia: seguridad	<p>-Retirar los objetos peligrosos del ambiente del paciente</p> <p>-Disponer vigilancia continua del paciente y del ambiente</p> <p>-Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio</p> <p>-Ayudar al paciente a identificar a las personas y los recursos de apoyo</p> <p>-Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/ vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario</p>

7.3. TRASTORNO BIPOLAR FASE MANIACA

D. Oscar Pajares González

1. Definición de Manía.
2. Población a la que va dirigido.
3. Tipos de trastornos bipolares.
4. Signos y Síntomas más frecuentes
5. Complicaciones más frecuentes
6. Patrones funcionales alterados.
7. Desarrollo del plan de cuidados

1. DEFINICION

Alteración del humor por exceso. Está definida por algunos de estos síntomas: alegría patológica o inmotivada, euforia, exaltación, animo expansivo, labilidad afectiva, taquipsiquia, fuga de ideas, ideas megalomaniaca y a veces delirantes, verborrea, hiperactividad, desinhibición sexual, insomnio, etc.

2. POBLACION A LA QUE VA DIRIGIDO

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de fase maniaca o hipomaniaca que en el momento de la valoración presentan una fase maniaca principalmente dentro de un trastorno bipolar o simplemente cuadro maniaco producido por sustancias toxicas.

3. TIPOS de trastornos Bipolares

Hay varios tipos de trastorno bipolar.

- 1) En el **Tipo I** se alternan episodios depresivos graves con episodios maníacos graves.
- 2) En el **Tipo II** los episodios depresivos se alternan con otros de hipomanía. El resto de los tipos son más raros. Cuando una persona sufre cuatro o más ciclos al año de depresión y/o hipomanía o manía, se considera que es un ciclador rápido. Diversos antidepresivos pueden hacer que un paciente deprimido entre en fase maníaca, o que un paciente con trastorno bipolar pase a ser un *ciclador rápido*. En el extremo más leve del trastorno bipolar se encuentra la *ciclotimia*, en el que la persona alterna durante toda la vida ciclos de buen y mal humor sin llegar a las características de depresión mayor ni de manía (sería el equivalente de la distimia en los trastornos depresivos).

4. SINTOMAS MAS FRECUENTES.

- Sensaciones de grandeza.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ganas de hablar, mucho más de lo que es necesario.

- Sensación de pensamiento acelerado.
- Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad, etc.)
- Conductas alocadas, implicándose la persona en actividades más o menos placenteras, pero que suponen alto riesgo (compras excesivas, indiscreciones sexuales, inversiones económicas, etc.)
- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Ideas de grandeza y Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.
- La persona puede estar hostil y/o amenazar a los demás.
- Un episodio maníaco causa una gran incapacidad en las actividades habituales de la persona que lo padece. Normalmente la persona está exaltada y “fuera de razón”, y no sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios.
- Puede tener consecuencias desagradables como:
 - Empobrecimiento del juicio.
 - Hiperactividad improductiva.
 - Problemas legales y/o económicos.
 - Conductas antiéticas (por ejemplo: disponer de dinero no propio, o apropiarse de hallazgos de otras personas).
 - Cambios inadecuados en cuanto a apariencia (indumentaria llamativa, maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual, etc.)
 - Actividades que demuestran actitudes desorganizadas o raras (repartir dinero, dar consejos a desconocidos con quienes se cruzan, etc.)

5. COMPLICACIONES MAS FRECUENTES.

En el transcurso de una manía, o un delirio de grandeza, el enfermo puede envolverse en asuntos que pueden tener consecuencias muy graves para las personas concernidas, sus familiares o él mismo. Puede por ejemplo endeudarse con grandes créditos, que luego no podrá devolver.

La imagen completa de una manía en el paciente puede ser muy variable según la persona y a cada episodio. El enfermo toma conciencia de las consecuencias sociales así como del sufrimiento de sus familiares y amigos cuando la manía empieza a disminuir. Es muy probable también que sentimientos de vergüenza y culpabilidad sigan estos episodios. Mientras trascurren los familiares no pueden impedir la acción del enfermo, ya que éste no se deja frenar ni aleccionar.

Es importante comentar que la mayoría de los comportamientos observables durante la manía no provienen del carácter o de la personalidad del enfermo, que durante un episodio maníaco, no se da cuenta de que está enfermo puesto que se siente «perfectamente bien», lo cual conlleva a un tratamiento aun más difícil.

6. PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

▪ PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

- Escasa conciencia de enfermedad
- Rechazan cualquier intento de ayuda
- Alta distraibilidad (incumplimiento terapéutico)
- Uso de sustancias toxicas (drogas).

▪ NUTRICIONAL-METABOLICO

- Hiperactividad, malnutrición por incapacidad para centrarse en alimentación.
- Pérdida de peso y desarreglos nutricionales.
- Cualquier cosa y a deshoras.

▪ ELIMINACION

- Alteración tanto vesical como intestinal.
- Estreñimiento: mala alimentación.
- Diarrea: altos niveles de litio.

▪ SUEÑO-DESCANSO

- No duermen, no necesidad de dormir.
- Pérdida del ritmo sueño-vigilia.
- Duermen fuera de horas (exhaustos).

▪ ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Hiperactividad, infatigables. proyectos delirantes.
- Inquietud Psicomotriz y en casos graves agitación.

▪ COGNITIVO-PERCEPTIVO

- Alteraciones psicomotoras.
- Verborrea.
- Lengua inconexa y a veces incoherente.
- Taquipsiquia, fuga de ideas.
- Dificultades concentración y memoria.
- Alteraciones sensoperceptivas.

▪ PERCEPCION DE SI MISMO-AUTOCONCEPTO

- Percepción hipertrofiada.
- Sentimientos de grandeza, ideación Paranoide.
- Sentimientos de plenitud, actitud hedonista y narcisista.

• ROL-RELACIONES

- Actividad social intensa
- Abandono responsabilidades familiares
- Conductas extravagantes y osadas.
- Falta de límites, indiscreción e intromisión.

- **SEXUALIDAD-REPRODUCCION**

- Hiperactividad sexual.
- Promiscuidad.
- Conductas de acoso.

7. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
78	- Gestión ineficaz de la propia salud	1601 1813	-Conducta de cumplimiento -Conocimiento :régimen terapéutico	4410 5618 4920	-Establecimiento de objetivos comunes -Enseñanza procedimiento/tratamiento -Escucha activa	-No interrumpir el tratamiento. -Realizar análisis periódicos solicitados -Observar la presencia de diarrea intensa, vómitos frecuentes, deshidratación o fiebre elevada. -Limitar consumo de agua a 1'5 L
2	- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a lo requerido	1004 1008	-Estado nutricional -Estado nutricional :ingestión alimentaria y de líquidos	1100 1160	-Gestión de la nutrición -Control y seguimiento de la nutricional	-Instruir sobre necesidades energéticas para realizar actividades. Instruir sobre elaboración de dietas. -Favorecer la realización de las comidas en entornos con bajo nivel de estímulos. Actitud limpia y adecuada en la mesa. -Evitar consumo de estimulantes, café, bebidas energéticas, etc.
108	-Déficit de autocuidados: baño e higiene	300	-Autocuidados: Actividades de la vida cotidiana	1801 4480	-Ayuda en el auto cuidados: baño/higiene -Facilitar la auto responsabilidad	-El paciente se aseará solo o con ayuda en la realización del aseo -Establecer una Regularidad de días y horarios.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
95	- Insomnio	0004	-Sueño	1850 0180	-Mejorar el sueño -Gestión de la Energía	-Llevar un registro diario de horas de sueño. -Dormir cada día de 8 a 9 h. ni más ni menos.
122	-Trastorno de la percepción sensorial	1403	-Control del pensamiento distorsionado	4820 6510 6460 5820	-Orientación a la realidad -Gestión de las alucinaciones -Gestión de la demencia -Reducción de la ansiedad	-Escuchar a personas de confianza. -Someter “las ideas geniales” a criterio de otra persona. - No consumo de tóxicos.
55	- Desempeño inefectivo del rol	1501	-Desempeño de un rol	5370 5270 5250	-Potenciación de roles -Apoyo emocional -Apoyo en la toma de decisiones	-El paciente asumirá constructivamente su rol de persona con limitaciones o nuevas necesidades. -Enseñar a las personas implicadas en las distintas esferas sociales del paciente a manejar las situaciones.
59	- Disfunción sexual	119	-Funcionamiento sexual	4356 5510	-Gestión de la conducta: Sexual -Educación sanitaria	-Cumplir las medidas preventivas de ETS -Detección precoz de aumento de la libido.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
146	- Ansiedad	1402	-Control de la ansiedad	5820 6487 5230	-Reducción de la ansiedad -Gestión del entorno: prevención de la violencia -Manejar el afrontamiento	-Reconocer de antemano los factores que le producen estrés/ansiedad evitándolos en la medida de lo posible y desarrollar poco a poco habilidades para poder superarlos. -Conocer métodos para identificar y disminuir la ansiedad una vez que ha aparecido.
138	- Riesgo de violencia dirigida a otros	1401	-Control de agresiones	6487 6580 4920 4380 5230	-Gestión del entorno: prevención de la violencia -Sujeción física -Escucha activa -Establecer límites -Manejar el afrontamiento	-Valorar conocimientos de la familia sobre la toma de medidas de seguridad. -Evitar conducción de vehículos -Evitar fumar en la cama. -Huir del estrés. -Realizar actividades de forma relajada
140	-Riesgo de violencia autodirigida	1408	-Autolimitación de suicidio	6487 5270 4380 4920 5230	-Gestión del entorno: prevención de la violencia -Apoyo emocional -Establecer límites -Escucha activa -Manejar el afrontamiento	-Valorar conocimientos de la familia sobre la toma de medidas de seguridad. -Evitar conducción de vehículos -Evitar fumar en la cama. -Huir del estrés. -Realizar actividades de forma relajada.

7.4. TRASTORNOS DEPRESIVOS

D. Oscar Pajares González

1. **Definición.**
2. **Población a la que va dirigido.**
3. **Tipos de trastornos bipolares.**
4. **Signos y Síntomas mas frecuentes**
5. **Complicaciones más frecuentes**
6. **Patrones funcionales alterados.**
7. **Desarrollo del plan de cuidados**

1. Definición

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

2. Población a la que va dirigido

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de depresión o distimia y los pacientes con cuadros maniaco-depresivos que en la valoración han tenido una fase depresiva prioritariamente.

3. Tipos de trastornos depresivos

- **Depresión severa.** La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida.
- **Distimia.** La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a lo largo plazo) que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona.
- **Trastorno bipolar.** Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.
- **Depresión posparto.** Las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto. Los síntomas pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar

repentinamente y los problemas de concentración. Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto. Pero si se prolongan o se intensifican, se le llama depresión posparto y puede necesitar ayuda médica.

4. Sintomatología más frecuente.

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad en concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta. (Lea sobre "El Sueño")
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer demasiado y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

5. Complicaciones más frecuentes.

- Las más graves son el suicidio y otros actos violentos.
- Dificultades familiares (conyugales y/o paténtales), sociales y laborales. La enfermedad, sobre todo en sus formas recurrente y crónica, puede provocar angustia en otros individuos del entorno sociofamiliar.
- Podrán incluir la inhabilidad de trabajar bien en la escuela o en el trabajo, problemas familiares, y el abuso de drogas o de bebidas alcohólicas.
- Disfunción o impotencia sexual.
- las de tipo bipolar o síndromes maníaco-depresivos, puede llegar a desarrollar una neurosis o una psicosis.
- Agitación, cambios en el ánimo y comportamiento, insomnio por varias noches consecutivas.

6. Patrones funcionales alterados

- PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD
 - Aspecto descuidado.
 - Sentimientos de minusvalía personal, social.
 - Actitud hipocondríaca
 - Uso y consumo de sustancias tóxicas
 - Vivencias subjetivas de problemas
 - Demandas frecuentes a médicos
 - Riesgo de suicidio
 - Abandono medicación
 - Percepción negativa.

- **NUTRICIONAL-METABOLICO**
 - Anorexia (pérdida de apetito), en algunos casos aumento del apetito.
 - Ausencia de hábitos alimentarios correctos
 - Pérdida ponderal de peso
 - Somatizaciones digestivas (nauseas, vómitos, diarrea)
 - Ayuda para la ingesta en algunos casos.
- **ELIMINACION**
 - Estreñimiento por deshidratación, sedentarismo y efecto 2º de medicación
 - Uso y abuso de laxantes.
- **ACTIVIDAD-EJERCICIO**
 - Pasividad e inhibición Psicomotriz.
 - Inquietud improductiva
 - Falta de energía para actividades
 - No colabora en actividades de auto cuidado y domesticas.
- **COGNITIVO-PERCEPTIVO.**
 - Alteraciones psicomotoras
 - Dificultades de lenguaje
 - Lentitud de pensamiento
 - Percepción distorsionada del entorno.
 - Dificultades para concentrarse y de memoria (reducción rendimiento intelectual)
 - Dificultades para tomar decisiones
 - Anhedonia franca.
- **SUEÑO-DESCANSO**
 - Pérdida del ritmo del sueño: hipersomnia o insomnio.
 - Duermen fuera de horas
 - Percepción subjetiva de mala calidad del sueño.
 - Obsesión sobre la falta de sueño.
- **SEXUALIDAD-REPRODUCCION**
 - Pérdida de interés.
 - Anhedonia
 - Dificultades para experimentar relaciones sexuales completas (anorgasmia, impotencia, disfunción eréctil).
- **ROL-RELACIONES**
 - Abandono de las responsabilidades
 - Aislamiento, abandono de las amistades.
 - Dificultad para comunicarse
 - Indiferencia hacia todo lo que les rodea.
- **PERCEPCION DE SI MISMO-AUTOCONCEPTO**
 - Percepción pesimista y negativa de si mismo.
 - Sentimiento de minusvalía, culpabilidad y de falta de utilidad
 - Ansiedad, temor y sensación de vacío vital

7. Desarrollo del plan de cuidados

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
78	Gestión ineficaz de la propia salud	1813	- Conocimiento régimen terapéutico.	5618 4920 4480	- Enseñanza procedimientos/tto. - Escucha activa. - Facilitar la autoresponsabilización	- Realizar Psicoeducación basada en conciencia de enfermedad, tratamiento, y auto-observación de signos y síntomas. - Identifique las prácticas de salud que hay que cambiar y mantenga las que sean adecuadas.
02	Desequilibrio nutricional por defecto	1008	- Estado nutricional: ingestión Alimentaría y de líquidos	1160 1100	- Control y seguimiento de la nutrición. - Gestión de la nutrición.	- Consensuar el peso ideal a conseguir. - Valorar mejor imagen corporal con un peso adecuado - Instruir sobre nutrición - Controlar dietas que interaccionen con IMAO.
25	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	600	- Equilibrio hidro-electrolítico.	4120 6680	- Gestión de líquidos. - Monitorización de signos vitales.	- Controle signos de deshidratación. - Beba un mínimo de 1,5-2l diarios.
11	Estreñimiento	501	- Eliminación intestinal	450 1100	- Gestión del estreñimiento/impactación - Gestión de la nutrición.	- Beber abundantes líquidos. - Evitar sedentarismo. - Comer dieta equilibrada y rica en fibra. - Comentar al médico para que le ponga algún tratamiento.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
95	Insomnio	0004	- Sueño.	1850	- Mejorar el sueño.	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar técnicas de inducción al sueño adecuadas (relajación, baño caliente, vaso de leche, infusiones. - Establecer programa de actividades diarias para conciliar el sueño.
120	Baja autoestima situacional.	1205	- Autoestima	5270 5400 6340	-Apoyo emocional. -Mejorar la autoestima - Prevención del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a identifique lo bueno y positivo que tiene. - Ayudar a confiar en su capacidad para controlar la situación. - Ayudar a realizar una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y situaciones. - Ayudar a realizar una lista de lo que es y no es importante en la Vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.
59	Disfunción sexual.	119	- Funcionamiento sexual	5400 5248	-Mejora de la autoestima -Asesoramiento sexual	<ul style="list-style-type: none"> -Fomentar la expresión de sentimientos. - Ayudar a identifique lo bueno y positivo que tiene tanto físico como intelectualmente.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
146	Ansiedad	1402	- Control de la ansiedad	5230 6487 5820 5300 6160	- Mejorar el Afrontamiento. - Gestión del Entorno: prevención de la violencia - Reducción de la ansiedad - Facilitar la expresión de sentimientos de culpa - Intervención en crisis	- Educación sanitaria para la ansiedad - Promover grupos de apoyo. - Distracción. - Aumentar el afrontamiento. - Potenciación de la seguridad.
69	Afrontamiento Inefectivo.	1405 1302	- Control de impulsos. - Capacidad de superación en situaciones difíciles	5230 5250 5300	- Manejo del afrontamiento. - Apoyo de toma de decisiones - Facilitar expresión de sentimientos	- Control de impulsos. - Apoyo en la toma de decisiones. - Disminución de la ansiedad. - Evaluación del afrontamiento de problemas. - Fomentar la adaptación. - Establecimiento de objetivos comunes. - Evaluación del control de impulsos. - Manejo de la conducta: autolesión

7.5. TRASTORNO DE PERSONALIDAD (T.P.)

D. Jesús Olea Ferreras

- 1. Definición.**
- 2. Población a la que va dirigido.**
- 3. Subtipos de Trastornos de la personalidad.**
- 4. Signos y Síntomas mas frecuentes**
- 5. Complicaciones más habituales**
- 6. Patrones funcionales alterados.**
- 7. Desarrollo del plan de cuidados.**

1. Definición

La personalidad según Phares es ese patrón de pensamiento, sentimiento y conductas características que distinguen a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones. Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su origen en la adolescencia o inicio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto y los que viven a su alrededor.

Los pacientes presentan las siguientes características:

A. Patrón fijo de conducta y experiencia que se desvía de las expectativas culturales manifestándose en al menos dos de las siguientes áreas:

Cognición

Afectividad

Funcionamiento interpersonal

Control de impulsos

B. Patrón inflexible y desadaptativo, produce malestar subjetivo o deterioro funcional.

2. Población a la que va dirigido

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de trastorno de personalidad por presentar inestabilidad anímica, amenazas de suicidio y conductas suicidas y automutilantes. Ocasionalmente aparecen ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos.

3. Subtipos de trastornos de la personalidad

A. Trastorno paranoide de la personalidad

Se caracteriza por un patrón de desconfianza y suspicacia que hacen que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás. Tienen dudas continuas a la lealtad de sus

allegados incluso la fidelidad de su pareja sexual. Están en actitud vigilante continua de su entorno y de los demás, prestando mucha atención a los mensajes con doble sentido.

B. Trastorno esquizoide de la personalidad

Es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión corporal. Aparecen como distantes y fríos, indiferentes al contacto social; son solitarios, no pareciendo necesitar la compañía de otras personas, no disfrutan de relaciones sociales ni de pareja, se muestran inmunes a elogios o críticas de los demás, se suelen dedicar actividades laborales o de ocio de tipo abstracto o mecánico donde no tienen que relacionarse con otras personas ni expresar emociones. Con frecuencia hacen lazos afectivos fuertes con animales.

C. Trastorno esquizotípico de la personalidad

Consiste en un patrón de malestar interno en las relaciones personales, distorsiones, cognoscitivas o perceptivas y excentricidades de comportamientos. En la CIE-10 no aparece como trastorno de personalidad, emparentándose con la esquizofrenia. El trastorno esquizotípico a veces evoluciona hacia ésta. Se caracteriza por conductas solitarias o extravagantes, con tendencia a sufrir “fenómenos paranormales”.

D. Trastorno antisocial de la personalidad

Consistente en un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. Es más frecuente en hombres. Se inicia en edad muy temprana, normalmente antes de los 15 años. Se trata de sujetos socialmente irresponsables, explotadores y carentes de sentimientos de culpa, y de empatía hacia los sentimientos de otro. Comportamiento de manipulación, explotación o violación de los derechos de los demás y a menudo criminal. Con mucha frecuencia son irresponsables con sus hijos y maltratadores de éstos y sus cónyuges.

E. Trastorno límite de la personalidad

Se asienta en un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales del sujeto, su autoimagen y sus afectos, además de una notable impulsividad. Aparece un sentimiento crónico de vacío, temen ser abandonados y realizan un gran esfuerzo para evitarlo. Este tipo de personas tienden a implicarse de forma intensa en relaciones personales, siendo éstas conflictivas e inestables, con tendencia a percibir las de forma dicotómica idealización-desvalorización. Aparece inestabilidad anímica, amenazas de suicidio y conductas suicidas y automutilantes. Presentan dudas respecto a su autoimagen y su orientación sexual. Ocasionalmente aparecen ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos.

F. Trastorno histriónico de la personalidad

Consiste en presentar un patrón de emotividad excesiva y de demanda de atención constante. Es más frecuente en mujeres. Muestran una actitud teatral y seductora con los demás, buscan apoyo o alabanza de forma continua intentando ser el centro de atención. Utilizan el encanto sexual para seducir y controlar relaciones mostrándose muy preocupados por su atractivo físico, sus emociones son superficiales y cambian rápidamente tendiendo a la expresividad emocional exagerada de tono teatral. Utilizan un lenguaje impresionante e impreciso. Este trastorno se asocia con frecuencia a los trastornos del estado de ánimo, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

G. Trastorno narcisista de la personalidad

El paciente presenta un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y gran falta de empatía. En base a sus sentimientos de grandiosidad exagera sus logros y capacidades, muestra una conducta soberbia o arrogante, espera ser tratado de forma especial, tienden a ser líderes, seguros de sí y ambiciosos, su reacción habitual ante críticas es de rabia, con escasa tendencia a reconocer los propios defectos y errores. De manera complementaria, están preocupados por sentimientos de envidia hacia otros. Tienden a la explotación de otras personas, aprovechándose de los demás para conseguir fines propios; esto no suele generarle sentimientos de culpa debido a su creencia de ser "especiales". Sus relaciones sociales son frágiles y superficiales con pocos o ningún amigo íntimo

H. Trastorno de la personalidad por evitación

Es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Aparece una imagen devaluada de sí mismo, con sentimientos de ser inadecuado o defectuoso, se perciben como socialmente ineptos, poco interesantes para los demás e inferiores a ellos. Este esquema negativo de sí mismo con frecuencia no es claramente consciente para la persona. La esfera interpersonal es la que aparece más afectada, son hipersensibles a las críticas intentando a toda costa mantener una conducta complaciente con los demás "no caer mal a nadie", evitan las actividades que supongan un contacto con otras personas, sobre todo con desconocidos, por temor a la crítica o el rechazo. Mantienen un círculo cerrado de amigos relacionándose con aquella gente que están seguros de que lo aceptan, muestran inhibición social y sentimiento de vergüenza en situaciones sociales por temor a decir algo inadecuado.

I. Trastorno de la personalidad por dependencia

Extremada necesidad de ser protegido que se manifiesta en una conducta de exagerada sumisión a los demás y en un profundo miedo a la separación. Se muestra incapaz de tomar decisiones vida cotidiana, necesita que los demás asuman sus propias responsabilidades, dificultades para mostrar disconformidad, dificultad para tomar iniciativas, busca el apoyo y

protección de los demás, desvalimiento en la soledad y preocupación excesiva por miedo al abandono.

J. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo

Se caracteriza por la preocupación crónica por el orden, el perfeccionismo y el control.

4. Signos y síntomas más frecuentes.

Paranoico: Sospecha y desconfianza extremas. Encuentran en todo un doble sentido con la intención de perjudicarles, con celos anómalos. Son muy reservadas y cautelosas, sensibles a crítica. Estos rasgos provocan que se muestren distantes y frías con los demás.

Esquizoide: Necesidad de aislamiento social, con falta de comunicación sin frustración.

Esquizotípico: Aislamiento social, afectividad restringida, afecto inadecuado, ideación paranoide, ideas de referencia, creencias extrañas, experiencias perceptivas inusuales (sensación de presencia de una persona en su mente), conductas excéntricas, torpeza en situaciones sociales y ansiedad social, así como un lenguaje extraño. En situaciones de estrés pueden experimentar síntomas psicóticos transitorios.

Antisocial: Son irritables y agresivos, con poca tolerancia a la frustración. Muestran conductas impulsivas, imprudentes y manipuladoras. Aparece un fracaso para adaptarse a normas sociales, con trasgresión frecuente de leyes (robos, peleas, consumo de tóxicos), normalmente son incapaces de conservar un trabajo y de mantener relaciones estables.

Límite o borderline: Acciones impulsivas, inestabilidad en estado de ánimo y relaciones interpersonales caóticas.

Histriónico: Patrón de expresión emocional, búsqueda de atención excesiva, desmedida necesidad de aprobación, actitud de seducción inadecuada.

Narcisista: Sensación exagerada de importancia y preocupación extrema. Intolerante a la crítica.

Evasiva: Patrón de timidez extrema, sentimientos de insuficiencia y sensibilidad al rechazo.

Dependiente: Confianza exagerada en los demás para satisfacer necesidades físicas y emocionales.

Obsesivo-compulsivo: Perfeccionismo exagerado, dedicación exclusiva al trabajo y la productividad.

Los tres componentes clínicos principales del Trastorno Límite de Personalidad (LTP), en el que se centrara el Plan de Cuidados por su mayor prevalencia en las Unidades de hospitalización, son las dificultades en las relaciones interpersonales, la impulsividad, y la inestabilidad afectiva.

Presentando por ello:

- Grave problemática interpersonal, familiar y social
- Grave disfunción laboral

- Historial de múltiples ingresos hospitalarios y de reiterada tentativa autolítica

5. Complicaciones más habituales.

- Explosiones de ira, que pueden llegar a la rotura de objetos o amenazas, y en general, pequeñas agresiones a los cuidadores.
- Son frecuentes los actos autolesivos, desde pequeñas heridas a intentos de autolisis repetidos.
- Anomalías en la comunicación en su relación con los demás.
- Tendencia al abuso de sustancias.
- Manifestación de conductas sexuales de riesgo que pueden conllevar embarazos no deseados y ETS.
- Trastornos del estado de ánimo.

6. Patrones funcionales alterados.

Patrón 1 Percepción / Mantenimiento de la salud

- Escasa conciencia de enfermedad
- Rechazan cualquier intento de ayuda
- Incumplimiento terapéutico
- Uso de sustancias tóxicas (drogas)

Patrón 6 Cognitivo / perceptivo

- Déficit de conocimientos sobre su problema, actitud y comportamientos frente al mismo

Patrón 7 Autopercepción / autoconcepto

- Dudas respecto a su autoimagen
- Sentimiento crónico de vacío
- Inestabilidad anímica

Patrón 9 Sexualidad/ Reproducción.

- Conductas sexuales inapropiadas
- Riesgo de embarazos no deseados
- Riesgo de padecer ETS

Patrón 8 Rol / Relaciones

- Inestabilidad de las relaciones interpersonales
- Anomalías en la comunicación en su relación con los demás
- Alteraciones conductuales que derivan en disfunción familiar

Patrón 10 Adaptación / tolerancia al estrés

- Explosiones de ira
- Rotura de objetos o amenazas
- Pequeñas agresiones a los cuidadores
- Actos autolesivos, desde pequeñas heridas a intentos de autolisis repetidos
- Habilidades sociales deficientes
- Falta de control sobre la situación actual
- Patrones de conducta discordantes con expectativas

7. Desarrollo plan de cuidados.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
78	-GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD	1601	-Conducta de cumplimiento	4410	Establecimiento de objetivos comunes	<ul style="list-style-type: none"> - No interrumpir el tratamiento. - Realizar Psicoeducación basada en conciencia de enfermedad, tratamiento, y auto-observación de signos y síntomas. - Identifique las prácticas de salud que hay que cambiar y mantenga las que sean adecuadas.
		1813	-Conocimiento: régimen terapéutico	5618	Enseñanza procedimiento/tratamiento	
				4920	Escucha activa	
				5618	Enseñanza procedimiento/tratamiento	
126	-CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN	1808	Conocimiento: medicación	5540	-Potenciación de la disposición de aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la capacidad y disposición de recibir información. - Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos. - Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad (en este caso con las manifestaciones típicas del TLP).
		1803	Conocimiento: proceso de la enfermedad	5616	-Enseñanza: medicamentos prescritos	
		18106	Conocimiento: régimen sanitario	5602	-Enseñanza: proceso de la enfermedad	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
120	- BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.	1205	- Autoestima	5270	-Apoyo emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a identificar lo bueno y positivo que tiene. - Ayudar a confiar en su capacidad para controlar la situación. - Ayudar a realizar una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y situaciones. - Ayudar a realizar una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto. - Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros. - Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.
		1305	- Modificación psicosocial: cambio de vida	5400	-Mejorar la autoestima	
		1204	- Equilibrio emocional	5100	-Potenciación de la socialización	
				5400	-Potenciación de la autoestima	
146	-ANSIEDAD	1402	-Autocontrol de la ansiedad	5820	-Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocer de antemano los factores que le producen estrés/ansiedad evitándolos en la medida de lo posible y desarrollar poco a poco habilidades para poder superarlos. -Conocer métodos para identificar y disminuir la ansiedad una vez que ha aparecido - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Instruir al paciente sobre técnicas de relajación - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si procede. -Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
		1302	-Afrontamiento de problemas	6847	-Manejo ambiental :prevención de la violencia	
				5230	-Fomentar la adaptación	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
52	-DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	1502	-Habilidades de interacción social	4362	-Modificación de la conducta: Habilidades sociales.	-Crear un ambiente que facilite la confianza, atmósfera de aceptación, sin juicios. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
				4340	-Entrenamiento de la asertividad	- Identificar las barreras de afirmación.
				4640	- Ayuda para el control del enfado	-Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación.
				5430	-Grupo de apoyo	- Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas
				4920	-Clarificación de valores	-Fomentar la consideración de las cuestiones y consecuencias de la conducta.
				5100	-Potenciación de la socialización	-Fomentar la implicación en relaciones sociales ya establecidas.
		1503	Implicación social	5360	-Terapia de entretenimiento	-Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
				5440	- Aumentar los sistemas de apoyo	-Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones, en la comunicación con los demás.
						-Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales
						-Ayudar a explorar el significado personal de las actividades favoritas
						-Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en las actividades recreativas
						-Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar virtudes y defectos.
						-Observar la situación familiar.
						-Remitir a programas comunitarios de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación, si procede.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
60	-INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	2604	-Normalización familiar	7140	-Apoyo a la familia	-Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. -Favorecer una relación de confianza con la familia. -Ayudar al paciente a identificar los diversos papeles en la vida. -Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades. -Reconocer la necesidad del cuidador principal de ser relevado de las responsabilidades de cuidados continuos. -Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente
				5370	-Potenciación de roles	
				7110	-Fomento de la implicación familiar	
65	PATRON SEXUAL INEFICAZ	1207	-Identidad sexual.	4920	-Clarificación de valores	-Facilitarle la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones. - Ayudarle a identificar la fuente de motivación. -Ayudarle a identificar los atributos positivos de si mismo/a.
		1200	-Imagen corporal	5390	-Potenciación de la conciencia de sí mismo	-Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ira, ansiedad o tristeza. -Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. -Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. -Fomentar la consideración de las cuestiones y consecuencias de la conducta. -Establecer el propósito de la interacción. -Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
				5370	-Potenciación de roles	
				5270	-Apoyo emocional	
				4920	-Escucha activa	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
138	-RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	1401	-Autocontrol de la agresión	6847 5240 43405 6160 2380 5880 4420	Manejo ambiental :prevención de la violencia Asesoramiento Entrenamiento de la asertividad Intervención en caso de crisis Manejo de la medicación Técnica de relajación Acuerdo con el paciente	-Eliminar las armas potenciales del ambiente -Controlar de forma rutinaria el ambiente para mantenerlo libre de peligros. -Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto -Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente -Ayudar a la identificación de factores desencadenantes y dinámica de crisis. -Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. -Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente -Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades
140	- RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	1405	-Autocontrol de los impulsos	4640 4380 6486 4354	Ayuda para el control del enfado. Establecer límites. Manejo ambiental: Manejo de la conducta: autolesión	-Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente. -Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente. -Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta. -Identificar (con la participación del paciente, cuando corresponda) la conducta indeseable del paciente. - Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente. Y eliminar los factores de peligro. - Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s). -Comunicar las expectativas y consecuencias de la conducta del paciente.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD										
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES				
69	- AFRONTAMIENTO INEFECTIVO.	1405	- Control de impulsos.	5230	-Manejo del afrontamiento.	- Control de impulsos. - Evaluación del control de impulsos.				
		1302	- Afrontamiento de problemas	5210	-Guía de anticipación	- Manejo de la conducta: autolesión				
				5233	-Aumentar el afrontamiento	-Mostrar los métodos de solución de los problemas habituales-prevalentes.				
						5430	-Grupo de apoyo	-Utilizar ejemplos de casos que potencien la habilidad.		
								5250	-Apoyo en la toma de decisiones	-Ayudar a la identificación de recursos y opciones.
66	-SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	1201	- Esperanza	5310	-Dar esperanza	-Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.				
				5430	-Grupo de apoyo	-Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades.				
						5480	-Clarificación de valores	-Fomentar un dominio gradual de la situación.		
								5440	-Aumentar los sistemas de apoyo	-Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo del paciente
										-Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
						-Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.				
						-Ayudar al paciente /familia identificar las áreas de esperanza en la vida.				
						-Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en su vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.				
						-Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia.				
						-Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.				
						-Calcular la respuesta psicológica a la situación familiar y la disponibilidad de sistemas de apoyo.				
						-Determinar el grado de apoyo familiar.				

7. 6. CONSUMO DE TOXICOS Y ALCOHOLISMO

D. Esteban del Pozo García

- 1. Introducción**
- 2. Definición**
- 3. Población a la que va dirigido**
- 4. Tipos**
 - a. Relacionado con el alcohol**
 - b. Relacionado con otras sustancias**
- 5. Sintomatología más frecuente**
- 6. Patrones funcionales alterados**
- 7. Desarrollo del plan de cuidados**

1. Introducción

El consumo y abuso de sustancias se ha relacionado con un gran número de problemas de salud física, psíquica y social de distinta gravedad e intensidad.

Son varios los criterios utilizados para la definición de la enfermedad alcohólica y el abuso de otras sustancias, cantidad de sustancia consumida relacionada con el peso y día; tipo de sustancia consumida, tiempo de la duración del consumo, momento a partir del cual el consumo produce algún tipo de complicación, etc.

La Asociación Americana de Psiquiatría utiliza el término abuso de alcohol para definir "aquella situación caracterizada por un patrón de consumo exagerado durante un período mayor de doce meses, que impide cumplir con los roles social, laboral o escolar de manera adecuada", y el abuso de sustancias "como la presencia de, al menos, un síntoma específico que indica que el consumo de esta sustancia ha interferido en la vida normal de la persona.

La actitud de la enfermera ante el paciente con abuso o dependencia del alcohol y otras sustancias es un componente crucial en el proceso de la entrevista donde el enfoque inicial ha de ser objetivo y carente de crítica. Se debe considerar al alcohólico como un enfermo que precisa ayuda en la esfera orgánica, psicológica y sociofamiliar. La actitud deberá ser empática, de aceptación e interés.

Factores importantes a tener en cuenta son, la facilidad de autoengaño del paciente alcohólico, su capacidad para falsear datos y el uso de la negación como mecanismo de defensa para protegerlo de su reconocimiento, todo esto contribuye a que una parte de la entrevista tenga una validez cuestionable, por lo que se debe contrastar la información aportada por el paciente con la de familiares, allegados y datos obtenidos de la historia médica (antecedentes, pruebas de laboratorio, etc.).

Para la enfermería, las sustancias objeto de abuso no son como tal su objeto de trabajo, sino las repercusiones a nivel individual o grupal que se generan en la capacidad para ejercer el cuidado de sí mismo y de las personas de su entorno.

2. Definición

Presencia de alteraciones e interferencias en la vida normal de las personas ocasionadas por el consumo de una sustancia tóxica, ya sea el alcohol o cualquier otra.

3. Población a la que va dirigido

A aquellas personas diagnosticadas de cualquier tipo de abuso de sustancias y que precisan atención especializada de enfermería.

4. Tipos

a. Relacionado con el alcohol

Las personas que dependen o abusan del alcohol o de otras sustancias manifiestan a menudo, síntomas clínicos similares, como alteración del juicio, de la orientación, la memoria, la afectividad, el conocimiento, el discurso y cambios conductuales.

Los trastornos inducidos por el alcohol son:

- Intoxicación alcohólica
- Abstinencia alcohólica
- Delirium por intoxicación o por abstinencia alcohólica
- Demencia persistencia inducida por el alcohol
- Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol
- Trastorno del ánimo inducido por el alcohol
- Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol
- Disfunción sexual inducida por el alcohol
- Trastorno del sueño inducido por el alcohol
- Trastorno inespecífico inducido por el alcohol

Los trastornos por consumo de alcohol son:

- Dependencia alcohólica: Caracterizada por la tolerancia al alcohol, síndrome de abstinencia en caso de interrupción del consumo, además de toda una serie de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos.
- Alcoholismo: Presencia de uno o más de los siguientes síntomas, durante un período de 12 meses:
 - a. El consumo recurrente de alcohol provoca incapacidad para cumplir obligaciones de su rol.
 - b. Consumo recurrente en situaciones que entrañan un riesgo físico
 - c. Problemas legales continuos por el consumo de alcohol

d. Consumo continuo a pesar de padecer problemas sociales o interpersonales, persistentes o recurrentes, causados por el alcoholismo

b. Relacionado con otras sustancias

- Sedantes, Hipnóticos, ansiolíticos
- Opioides
- Anfetaminas
- Cocaína
- Cannabis
- Alucinógenos(*)
- Disolventes volátiles(*)

Como norma general existen cuadros de intoxicación aguda y síndrome de abstinencia para las sustancias citadas anteriormente, cada uno con sus características clínicas particulares.

(*) El síndrome de abstinencia a alucinógenos y a disolventes volátiles no se reconoce y debe establecerse el criterio para su formulación.

Existen otros trastornos inducidos por el abuso de sustancias:

- Trastorno psicótico
- Síndrome amnésico
- Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- Otros: Trastorno inespecífico mental y del comportamiento

5. Sintomatología más frecuente

El consumo y abuso de sustancias afecta a la esfera física, psíquica y social de la persona y lo hace con distinta gravedad e intensidad según el tipo de sustancia y patrón de consumo.

6. Patrones funcionales alterados

- **Percepción- control de la salud**
 - o Negación de la enfermedad
 - o Exposición a conductas de riesgo
- **Nutricional-metabólico**
 - o Alimentación desorganizada
- **Eliminación**
 - o Estreñimiento, secundario a hábitos dietéticos erróneos, secundario al uso/abuso de la sustancia (heroína...)
 - o Diarrea, secundaria a la privación de la sustancia
 - o Sudoración profusa

- **Sueño-descanso**
 - o Alteración del ritmo sueño-vigilia, tanto por el efecto de la sustancia como por las manifestaciones conductuales de búsqueda y consumo.
- **Actividad-ejercicio**
 - o Agitación psicomotora
 - o Alteraciones crónicas por lesiones neurológicas (ataxia...)
- **Cognitivo-perceptivo**
 - o Desorientación en las tres esferas
 - o Alteraciones sensoceptivas
 - o Alteraciones del pensamiento
- **Percepción de si mismo-autoconcepto**
 - o Autoestima baja
 - o Ánimo bajo
 - o Falta de planificación del futuro
- **Rol-relaciones**
 - o Abandono del Rol
- **Afrontamiento-tolerancia al estrés**
 - o Satisfacción inmediata de la necesidad de consumir
- **Sexualidad-reproducción**
 - o Desinterés
 - o Incapacidad
- **Valores-creencias**
 - o Desinterés en las fases de dependencia
 - o Interés en el proceso de la deshabituación

7. Desarrollo del plan de cuidados

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON CONSUMO DE TOXICOS Y ALCOHOLISMO

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00069	Riesgo de afrontamiento ineficaz	1903 1904	-Control del riesgo: consumo de alcohol. - Control del riesgo: consumo de drogas	4500	- Prevención del consumo de sustancias nocivas	-Preparar al paciente para sucesos difíciles y dolorosos - fomentar la toma de decisiones responsables saludables -ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones
00002	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	1004 1005	- Estado nutricional. -Estado Nutricional: Determinaciones bioquímicas	1100 2020	- Manejo de la nutrición. - Monitorización de electrolitos	-Determinar las preferencias de comidas del paciente -fomentar el aumento de la ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso -incluir en la dieta alimentos ricos en fibra -observar si hay signos de y síntomas de alteración electrolítica - vigilar el nivel de electrolitos en suero
00015	Riesgo de estreñimiento	0501	Eliminación intestinal	0450 4120 2380	-Manejo del estreñimiento/ impactación -Manejo de líquidos, Manejo de la medicación	-Vigilar aparición e signos y síntomas de estreñimiento -Fomentar el aumento de ingesta de líquidos - Uso de laxantes o enema si procede -Vigilar el estado de hidratación -distribuir la ingesta de líquidos en 24 si procede - controlar el cumplimiento del régimen de medicación

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON CONSUMO DE TOXICOS Y ALCOHOLISMO

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00126	Conocimientos deficientes: proceso de enfermedad y tratamiento	1805 1812	-Conocimiento: conducta sanitaria -Conocimiento: control del consumo de sustancias	5606 5510	-Enseñanza: individual -Educación sanitaria	-Valorar nivel de conocimientos, comprensión de contenidos y capacidades del paciente -Determinar la motivación del paciente - Establecer con el paciente metas realistas - Reforzar la conducta ante los logros. - Centrarse en los beneficios de salud a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas. -Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas de riesgo
00120	Baja autoestima situacional	1205 1305	Autoestima Modificación psicosocial: cambio de vida	5400 5230	-Potenciación de la autoestima Aumentar el afrontamiento	-Animar al paciente a identificar sus virtudes -Alabar los logros -Favorecer relaciones sociales -Fomentar la identificación e valores vitales específicos
00052	Deterioro de la interacción social	2601	Clima social de la familia	7130	-Mantenimiento de los procesos familiares	-Ayudar a los miembros de la familia poner en práctica estrategias de normalización de la situación
00065	Patrón sexual ineficaz	1501	Ejecución del rol	5622	Enseñanza: sexo seguro	-Instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo -Subrayar la importancia de conocer el historial sexual del compañero, si procede -Fomentar el uso de preservativos, si procede

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00074	Afrontamiento familiar comprometido	2604 2204	- Normalización de la familia -Relación entre el cuidador principal y el paciente	7140 7040	-Apoyo a la familia -Apoyo al cuidador principal	-Favorecer una relación de confianza con la familia -Valorar la reacción emocional familiar frente a la enfermedad -Determinar la aceptación del cuidador de su papel -Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos de cuidador
00099	Mantenimiento ineficaz de la salud	1603 1602 1813 1908	-conducta de búsqueda de la salud -conducta de fomento de la salud - conocimiento: régimen terapéutico - detección del riesgo	5250 5510 5616 6610	- apoyo en toma de decisiones - educación sanitaria - enseñanza: medicamentos prescritos - identificación de riesgos	-Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa -Facilitar la toma de decisiones en colaboración -servir de enlace entre el paciente y la familia - Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias -informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento - determinar los sistemas de apoyo familiar, comunitario -determinar el nivel socioeconómico, educativo -determinar el cumplimiento de tratamientos médicos y de cuidados
00004	Riesgo de infección.	1102 1905 0703	-Curación de la herida: por primera intención. -Control del riesgo: ETS -Severidad de la infección	3660 5622 6680	-Cuidados de las heridas. -Enseñanza: sexo seguro - Monitorización de los signos vitales.	-Controlar las características de la herida -Administrar cuidados de la úlcera dérmica si procede -Instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo -Animar al paciente con alto riesgo de padecer ETS a pasar exámenes regulares -controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio
00047	Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea	1101	-Integridad tisular: piel y membranas mucosas	6550	Protección frente a las infecciones.	-Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada -Mantener normas de asepsia - Aislamiento si es preciso

8. PROTOCOLOS ESPECÍFICOS DE ACTUACIÓN EN ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

8.2. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS PRODUCIDOS POR PSICOFÁRMACOS

D. Esteban del Pozo García

D. Oscar Pajares González- Gallego

- 1. Definición .**
- 2. Población a la que va dirigido.**
- 3. Objetivos.**
- 4. Recursos necesarios**
- 5. Procedimiento de actuación**
- 6. Signos y síntoma a valorar e intervenciones.**

1. Definición Efectos Secundarios por la Medicación

La utilización de fármacos es uno de los aspectos más importantes del tratamiento de la enfermedad mental. Los fármacos más empleados en las Unidades de Psiquiatría y Centros de Salud mental son antipsicóticos, antidepresivos, eutimizantes, y ansiolíticos e hipnóticos.

En función del tipo de tratamiento farmacológico que reciban, los pacientes serán más susceptibles de presentar diferentes efectos secundarios.

Una de las causas principales por las que las personas con una enfermedad mental abandonan el tratamiento, es el miedo a sufrir los efectos secundarios o la disminución en la calidad de vida que éstos producen.

Asegurar la adherencia terapéutica y observar la respuesta a su administración, así como identificar posibles efectos secundarios del tratamiento con psicofármacos, son una de las funciones más importantes de la enfermera en salud mental. Por ello es relevante disponer de protocolos de actuación que permitan intervenir de forma unificada cuando la persona con una enfermedad mental esté en tratamiento con psicofármacos.

2. Población a la que va dirigido

A todos los pacientes diagnosticados de una enfermedad mental que precisan la toma de tratamiento farmacológico pautado por el médico.

3. Objetivos.

- Identificar los efectos secundarios de los diferentes grupos de psicofármacos.
- Prevenir en la medida de lo posible la aparición de síntomas de los efectos secundarios.
- Identificar la gravedad de los síntomas de los efectos secundarios.
- Reconocer los efectos secundarios característicos de los diferentes grupos de psicofármacos, valorar su aparición y realizar las intervenciones más indicadas ante dichos efectos.

- Proporcionar información suficiente y adecuada a los pacientes, que les permita detectar a tiempo los efectos secundarios de los psicofármacos y saber qué deben hacer si se presentan, contribuyendo a que se reduzca la tasa de abandono de tratamiento.
- Monitorizar niveles sanguíneos, si fuera preciso, de aquellos fármacos que lo requieran

4. Recursos necesarios.

- PERSONAL:

DUE con conocimientos en salud mental y Auxiliar de Enfermería.

- MATERIAL:

Material informativo

Escala de valoración de efectos secundarios de psicofármacos UKU

- PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Dependerá del tipo de psicofármaco que este siendo usado, así como de la vía de administración y la necesidad de monitorización de niveles plasmáticos.

5. Procedimiento de actuación.

- MÉTODO

- Valoración continúa mediante observación y comunicación con el paciente de la posible aparición de síntomas de efectos secundarios a los psicofármacos.
- Valoración protocolizada de la aparición de síntomas de efectos secundarios a psicofármacos mediante la escala para medir efectos adversos UKU

- ACTIVIDADES

- Vigilar las posibles alteraciones conductuales o fisiológicas de los pacientes
- Preguntar de forma rutinaria sobre posibles efectos
- Explicar la necesidad de tomar el fármaco, cómo actúa, tomarlos correctamente, la aparición de efectos secundarios, cómo evitarlos o minimizarlos, cuando acudir a la enfermera o al médico en caso necesario
- Explicar la importancia de no abandonar el tratamiento como consecuencia de los efectos secundarios sin consultar previamente con la enfermera o el médico.
- Explicar la importancia de no consumir sustancias tóxicas mientras se está en tratamiento con psicofármacos
- Informar de que algunos fármacos necesitan ser controlados periódicamente

6. Signos y síntomas a valorar e intervenciones.

❑ **Antipsicóticos (Haloperidol, Risperdal, Zyprexa, Sinogan, Largactil, etc.).**

EFEECTO SECUNDARIO	VALORACION	INTERVENCIONES
Sequedad de boca.	Subjetiva del paciente. Leve disartria.	Indicar que se pueden usar caramelos o chicles sin azúcar. Aconsejar beber pequeños sorbos de agua. Asegurar una higiene bucodental correcta.
Visión borrosa.	Subjetiva del paciente	Explicar que la visión normal se restablece en unas semanas. Evitar conducir o manejar aparatos peligrosos.
Retención urinaria. Estreñimiento.	Presencia de distensión vesical. Vigilar patrón de eliminación Dolor/pesadez abdominal.	Aconsejar ingesta adecuada de líquidos, añadir fibra a la dieta y hacer ejercicio y movilizaciones a diario.
Hipotensión ortostática.	Valorar TA con la frecuencia que el medio requiera.	Enseñar al paciente a cambiar de postura lentamente, sobre todo al levantarse. Advertir al paciente anciano que pida ayuda para levantarse.
Arritmias. Taquicardia.	Valorar FC con la frecuencia que el medio requiera.	En el caso de la Clozapina, suspender la dosis si el pulso es superior a 140 latidos/minuto. Comunicar al psiquiatra. Decir al paciente que comunique cualquier sensación de palpitaciones, mareo.
Sedación. Somnolencia.	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno. Marcha inestable.	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta.
Distonía aguda.	Espasmo muscular breve o sostenido, a menudo con movimientos anormales lentos (músculos faciales sobre todo).	Estar al lado del paciente para tranquilizarlo. Comunicarlo al médico para que prescriba la medicación precisa y administrarla.
Acatisia.	Movimientos constantes involuntarios y sensación de inquietud interior.	No presionar al paciente para que no se mueva, hacerle saber que entendemos su necesidad de moverse.
Pseudoparkinsonismo	3 síntomas parkinsonianos principales: temblor, rigidez y bradicinesia.	Tranquilizar al paciente. Comunicarlo al Psiquiatra para que pauté el tratamiento preciso.
Síndrome neuroléptico maligno.	Hipertermia, rigidez muscular e hipertensión.	Suspender administración de la medicación y avisar al psiquiatra.
Aumento de peso.	Pesar periódicamente.	Dieta equilibrada. Ejercicio físico moderado.

□ **Antidepresivos (Seropram, Anafranil, Vandral, Prozac, Rexer, Seroxat, Vandral, etc.).**

EFEECTO SECUNDARIO	VALORACION	INTERVENCIONES
Boca seca.	Subjetiva del paciente. Leve disartria.	Indicar que se pueden usar caramelos o chicles sin azúcar. Aconsejar beber pequeños sorbos de agua. Asegurar una higiene bucodental correcta.
Cefaleas.	Subjetiva del paciente.	Ambiente tranquilo. Comunicarlo para que se pauten ttº oportuno.
Dificultad al orinar.	Presencia de distensión vesical.	Comunicar al psiquiatra.
Estreñimiento.	Patrón eliminación c/24h. Dolor/pesadez abdominal.	Aconsejar ingesta adecuada de líquidos, añadir fibra a la dieta y hacer ejercicio y movilizaciones a diario.
Insomnio.	Patrón de sueño/descanso.	Favorecer ciclos regulares de sueño-vigilia. Disminuir la ansiedad. Mantener ambiente adecuado.
Náuseas.	Tolerancia a líquidos/sólidos	Comunicar al psiquiatra.
Nerviosismo. Inquietud.	Conductual.	Disminuir ansiedad con contención verbal. Comunicar al psiquiatra.
Somnolencia.	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta
Visión borrosa.	Subjetiva del paciente.	Explicar que la visión normal se restablece en unas semanas. Evitar conducir.

Vigilar estrechamente al paciente durante los primeros 15 días del tratamiento antidepresivo. La desaparición rápida de la inhibición sin haber variado el humor, incrementa el riesgo de suicidio.

□ **Estabilizadores del ánimo (Plenur, Depakine, Tegretol, etc.)**

EFEECTO SECUNDARIO	VALORACION	INTERVENCIONES
Confusión.	Nivel de conciencia.	Orientar en la realidad. Comunicarlo al psiquiatra.
Diarrea.	Patrón de eliminación diario.	Forzar ingesta hídrica. Dieta astringente. Comunicar por riesgo de intoxicación (Plenur).
Disartria.	Dificultad para hablar.	Explicar que disminuye con el tiempo. No presionar al paciente. Utilizar medios para facilitar la comunicación.
Temblor distal.	Aparición del efecto.	Explicar que disminuye con el tiempo.
Intoxicación (Plenur).	Factores predisponentes: deshidratación, hiponatremia, insuficiencia renal.	Si náuseas, vómitos, diarrea, ↓ nivel conciencia avisar al psiquiatra.

(Ver protocolo de litio)

▪ **Benzodiacepinas (Tranxilium, Valium, Orfidal, etc.)**

EFEECTO SECUNDARIO	VALORACION	INTERVENCIONES
Enlentecimiento psicomotor.	Bradilalia, bradipsiquia y bradicinesia.	Explicar que disminuye con el tiempo. Estimular al paciente.
Sedación. Somnolencia.	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno. Marcha inestable.	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta.
Trastornos de la memoria.	Subjetiva del paciente. Conductual.	Orientar en las actuaciones al paciente. Comunicar al psiquiatra.

8.2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES AGRESIVOS

D. Julián Sánchez Roldan

1. Definición

2. Objetivos

3. Signos o señales de alarma

4. Intervención: Medidas de prevención

5. Procedimiento

1. Definición

El abordaje del paciente agresivo se refiere a una serie de medidas terapéuticas adoptadas por parte del personal sanitario, orientadas a la contención de conductas auto o heteroagresivas del paciente, para garantizar su seguridad, la de terceros y la del entorno.

Estas conductas han de ser producidas por la patología propia del paciente como justificante de una actuación en contra de la voluntad del individuo.

2. Objetivos

- Prevenir el daño al paciente o a terceros.
- Prevenir daños al entorno.
- Restablecer el autocontrol del paciente.
- Disminuir el grado de ansiedad del paciente.

3. Señales de alarma

- Aumento de la actividad motora.
- Expresión facial tensa.
- Aumento del tono de voz.
- Gestos y actitudes violentas tales como amenazas, gritos o violencia contra objetos.
- Presencia de clínica alucinatoria con gran repercusión emocional y conductual.
- Antecedentes de conducta violenta reciente.
- Sospecha de consumo de tóxicos.

- Contacto ocular prolongado.

4. Intervención: Medidas de prevención

4.1. Medias ambientales

- Evitar factores ambientales que pueden producir agresividad: tiempo excesivo de espera, fallos burocráticos...
- Cambiar el entorno social:
 1. Introducir una persona que disminuya la inquietud e impida la agresividad (una figura de autoridad, una figura significativa para el paciente...)
 2. Sacar del entorno a personas que causen confrontación con el paciente
- Posibilitar la ejecución de respuestas adaptativas (fumar, pasear...)
- Conseguir una buena adherencia al tratamiento para prevenir episodios de agresividad

4.2. Medidas generales de seguridad

- Disponer de un ambiente adecuado
- Disponer de personal adecuado
- Medidas de seguridad con el paciente
- Medidas de seguridad para el personal

5. Procedimiento

5. 1. CONTENCIÓN VERBAL

La contención verbal puede hacerse en solitario o en equipo. Siempre que se haga en solitario ha de comunicarse al resto del equipo la actuación a realizar.

- Presentarse, hablarle por su nombre y ofrecerle nuestra ayuda
- Invitar y conducir a la persona a un área privada
- Escucha activa, dejando expresar su irritación
- Mantener distancia física adecuada
- Evitar que el paciente se coloque entre nosotros y la vía de evacuación
- Mantener una actitud firme y acogedora
- Mantener contacto visual, sin ser demasiado directo, al poder resultar amenazador

- Mantener un tono de voz calmado y por debajo del suyo
- No confrontar ideas ni razones
- No seguirle la corriente ni mentirle
- Empatizar
- Expresar tus propios sentimientos hacia su actitud
- Reorientar la conversación.
- Mantener el control de la situación

5.2. INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Generalmente se realiza cuando la contención verbal no ha resultado efectiva.
El psiquiatra prescribirá el tratamiento.

FINALIZACIÓN DE LA MEDIDA

La contención finalizará cuando el equipo considere que la agresividad ha cedido

8.3. GUÍA DE ACTUACION EN EL TRATAMIENTO DEPOT

Definición:

Administración de un fármaco por vía intramuscular, que permite su absorción durante horas (Acufase) o días (Neuroléptico depot).

Objetivo General:

Mejorar el estafo funcional de paciente a través del cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Objetivos Específicos

- Administrar el neuroléptico prescrito por el psiquiatra
- Adherencia al tratamiento.
- Valorar los efectos secundarios (rigidez de los músculos, marcada somnolencia, dificultad extrema para orinar, etc).
- Valoración del estado clínico del paciente en el tiempo, con respecto a la sintomatología psicótica.

Población diana:

Pacientes incluidos en tratamiento retard de larga duración (esquizofrenias, otras psicosis de origen no funcional, trastornos delirantes, etc.).

METODOLOGÍA

A) Derivación al programa

- El terapeuta responsable pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería.
- Presentación del paciente por parte del terapeuta al responsable del protocolo de seguimiento.

B) Valoración de Enfermería

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales.

C) Plan de cuidados individualizado de Enfermería

D) Intervención concreta en la administración del tratamiento Depot:

- La administración del tratamiento depot la realizará el personal de enfermería.

- Toma de constantes (T/A, pulso y temperatura). Si la sistólica es inferior a 9 ó 9,5 mm.Hg consultar a su psiquiatra la conveniencia de la administración. Lo mismo si apareciera una taquicardia/bradicardia inusual. Si tuviera fiebre también valorar.
- Cuando se administra el fármaco de excipiente oleoso y se debe también administrar el Biperideno, se hará en jeringas diferentes ya que hay algunos fármacos que precipitan, cambiando de plano para evitar doble pinchazo al paciente.
- En el caso de Risperidona Consta, se puede administrar en una sola jeringa.

E) Evaluación y seguimiento

Al comienzo se explicará las características de la guía de seguimiento del inyectable de larga duración.

- Entregar una tarjeta con la cita correspondiente.
- Si el paciente no acudiese a la cita hay que intentar contactar con él/la en su entorno familiar o social manteniendo la confidencialidad ética profesional. Si se negara a este tratamiento ponerlo en conocimiento del psiquiatra.
- Control del peso.
- Se recomienda una analítica basal donde conste bioquímica (renal, hepático...), hemograma .Como todo paciente en seguimiento, por lo menos una vez al año se hará una analítica de este tipo.
- Indicado ECG. Con periodicidad anual o bianual, dependiendo del tratamiento, se puede hacer a través del médico de Atención Primaria con la valoración correspondiente del electrocardiograma

Frecuencia:

Según prescripción facultativa.

Tiempo requerido

Con la Valoración y Plan de cuidados : 40 minutos

Seguimiento: 20 minutos

Protocolo o medicación : 15 minutos

Criterios de alta

- Alta en el centro
- Cambio de tratamiento

Aunque abandone siempre tendrá se dejará una puerta abierta

8.4. GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA (LEPONEX)

Definición:

Neuroléptico administrado por vía oral.

Objetivo General:

Disminución de los síntomas tanto positivos como negativos del paciente a través de seguimiento correcto del tratamiento con neuroléptico oral Clozapina.

Objetivos Específicos:

- Fomentar la adherencia al tratamiento con seguimiento analítico según protocolo del fármaco
- Valoración de los efectos secundarios (hipotensión transitoria, aumento de peso, sialorrea, somnolencia y sedación, estreñimiento, taquicardia...)
- Evaluar la respuesta al tratamiento.
- Educación del paciente y la familia sobre el tratamiento.

Población diana:

Pacientes diagnosticados de esquizofrenia resistentes al tratamiento con otro tipo de antipsicóticos, reacciones extrapiramidales, que perdura su sintomatología psicótica.

METODOLOGÍA

A) Derivación a este programa

- El terapeuta responsable pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería.
- Presentación del paciente por parte del terapeuta al enfermero responsable del protocolo de seguimiento.

B) Valoración de Enfermería

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales.

C) Plan de cuidados individualizados de Enfermería

D) Intervención concreta para el Programa del Tratamiento con Clozapina:

- Antes de instaurar el tratamiento farmacológico solicitar analítica (hemograma, bioquímica, función hepática) y E.C.G.
- Se tomarán las constantes vitales (T/A, pulso, temperatura, peso...)
- Una vez instaurado el tratamiento se hará la petición del hemograma semanal durante las 18 primeras semanas. Si no hay ninguna alteración se pasará al control mensual.
- Si el recuento leucocitario es inferior a 3500 ó el recuento de neutrófilos es inferior a 2000-1500 mm³ actuar según consta en las instrucciones del fármaco para la petición de los análisis que se requieren, comunicándolo al psiquiatra inmediatamente.
- Una vez al año se realizará petición de bioquímica y función hepática y E.C.G.

Instrucciones al paciente

- Al comienzo del tratamiento puede aparecer una hipotensión ortostática, vigilancia de la T/A. En especial durante la primera semana del tratamiento y primera hora de la mañana, advirtiéndolo sobre todo a los de edad más avanzada, que se levanten gradualmente.
- Indicaciones si apareciese un problema de estreñimiento, dieta adecuada, ejercicio, aumento de líquido.
- Vigilancia de aparición de fiebre, infección en general, dolores de garganta, informar inmediatamente.
- Regulación de las tomas de medicación. Si suspende bruscamente el tratamiento y no es superior a 48 horas, reiniciará el tratamiento con la misma dosis. Si el tiempo de interrupción es superior a 48 horas comunicar al psiquiatra para el reinicio paulatino del tratamiento.
- Si tuviese dificultad al tragar se pueden deshacer en agua o leche los comprimidos.

Algunas interacciones medicamentosas:

- Aumentan los efectos del antipsicótico: La cafeína, las benzodiacepinas, fluoxetina, risperidona, etc...
- Disminuyen los efectos del antipsicótico: El tabaco, carbamazepina.
- Aumentan los efectos de los anticolinérgicos e hipotensores.
- Precaución con: Litio, antiarrítmicos, carbamazepina.

D) Evaluación y Seguimiento

- Relación terapéutica para el conocimiento de su enfermedad y su tratamiento (efectos beneficiosos y adversos)
- Detectar su estado psicopatológico.
- Si no acudiese a las citas tratar de ponerse en contacto con el usuario.

Frecuencia:

Al comienzo semanal, coincidiendo con sus analíticas. Posteriormente si están estabilizados mensualmente.

Tiempo requerido

Con la Valoración y Plan de cuidados : 40 minutos

Seguimiento: 20 minutos

Protocolo o medicación : 15 minutos

Criterios de alta

- Incumplimiento del protocolo de clozapina.
- Posible cambio de tratamiento.
- Abandono del tratamiento.
- Efectos adversos que requieran la suspensión del tratamiento.

8.5. GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL TRATAMIENTO CON LITIO.

Definición:

Administración de sales de litio por vía oral.

Objetivo General:

Conseguir la estabilidad de su estado de ánimo a través del correcto del tratamiento.

Objetivos Específicos:

- Fomentar la adherencia al tratamiento y detectar su cumplimiento.
- Prevenir una intoxicación.
- Valorar los efectos secundarios (diarreas, temblor de manos, polidipsia y poliuria, hipotiroidismo, etc.)
- Evaluar el estado de ánimo.
- Educación del paciente y la familia sobre el tratamiento.

Población diana:

Pacientes con trastorno del estado de ánimo, incluidos en el protocolo de seguimiento de sales de litio.

METODOLOGIA

A) Derivación a este programa

- El terapeuta responsable pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería.
- Presentación del paciente por parte del terapeuta al responsable del protocolo de seguimiento

B) Valoración de Enfermería

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales.

C) Plan de cuidados individualizados de Enfermería

D) Intervención concreta para el Programa del Tratamiento con Litio

- Antes de instaurar el tratamiento farmacológico se pedirá: Analítica (hemograma, bioquímica, función hepática, iones, hormonas tiroideas, aclaramiento de creatinina), E.C.G. y se tomarán las constantes vitales (T/A, pulso, temperatura, peso).

- Una vez instaurado el tratamiento se hará la petición de litemia (determinación de litio en plasma) a los 7 días, 12 horas después de la última dosis.
- 2ª litemia a los 15 días. Después al mes o cada dos meses durante el primer año.
- Si se mantiene estable durante el primer año, el resto de litemias se pedirán cada 3 ó 4 meses.
- Si hay variación en los niveles con aumento o disminución del litio o en la sintomatología, se pedirá nueva litemia a los 15 días.

Instrucciones al paciente

- Recomendar al paciente la ingesta de líquidos, de 1,5 l. ó 2 litros.
- La dieta llevará sal, teniendo en cuenta:
 1. El exceso de sal, baja los niveles de litio
 2. La escasez de sal, sube los niveles de litio y aumenta la toxicidad.
 3. Con el exceso de sudoración hay una pérdida de sodio y favorece la toxicidad.
- Si al inicio se producen alteraciones gastrointestinales se aconseja machacar el comprimido.

E) Evaluación y seguimiento

- Relación terapéutica para que vaya conociendo su enfermedad y su tratamiento.
- Detectar su estado emocional.
- Pacientes compensados, la revisión puede ser trimestral.
- Si no acudiese a las citas tratar de ponerse en contacto con el usuario.

Controles analíticos:

- Hematología (sobretudo leucocitos) a los 6 meses, en el primer año. Después anual.
- Urea y creatinina cada 6 meses.
- Sodio y potasio cada 6 meses
- Hormonas tiroideas, al principio cada 6 meses y después al año.
- E.C.G. /anual
- E.E.G./ conveniente cada 2 ó 3 años

(Todas estas pruebas pueden ser modificadas dependiendo del criterio del psiquiatra).

Niveles:

Terapéutico de 0,6 a 1,2 mol/l. y según criterio del psiquiatra.
Terapéutico en ancianos 0,4 mol/l.

Algunas interacciones medicamentosas:

- Diuréticos: Aumentan las concentraciones de litio
- Caféina: Disminuye las concentraciones de litio
- Antiinflamatorios: Disminuyen las concentraciones.
- Neurolépticos: Algunos aumentan los efectos adversos del litio (Haloperidol)
- Anticonvulsivantes: Pueden agravar los síntomas neurológicos.

Detectar el estado emocional del paciente. Pueden aparecer alteraciones en:

- Cumplimiento del tratamiento.
- De sus actividades cotidianas.
- Nutricional.
- Sueño y descanso.
- Autopercepción y autoestima.
- Relaciones y comunicación.
- Sexualidad.
- Concentración y memoria.
- De su conducta.

Frecuencia de las revisiones:

Depende de la estabilidad del paciente

Tiempo requerido

Con la Valoración y Plan de cuidados : 40 minutos

Seguimiento: 20 minutos

Medicación : 15 minutos

Criterio de alta

Finalización del tratamiento con litio.

Abandono del tratamiento

Otros...

8.6. GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL TRATAMIENTO CON ÁCIDO VALPROICO.

Definición:

Administración de ácido valproico y valproato sódico (depakine, depakine crono) por vía oral.

Objetivo General:

Estabilizar el estado de ánimo del paciente a través del seguimiento correcto del tratamiento..

Objetivos Específicos:

- Fomentar la adherencia al tratamiento y detectar su cumplimiento.
- Valorar efectos secundarios: trastornos gastrointestinales (nauseas, vómitos, dispepsia), temblor y caída de cabello transitoria.
- Evaluar el estado de ánimo.
- Educación del paciente y la familia sobre el tratamiento.

Población diana:

Pacientes con trastorno del estado de ánimo, incluidos en el protocolo de seguimiento de ácido valproico.

METODOLOGIA

A) Derivación a este programa

- El terapeuta responsable pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería.
- Presentación del paciente por parte del terapeuta al responsable del protocolo del seguimiento.

B) Valoración de Enfermería:

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales

C) Plan de cuidados individualizado de Enfermería

D) Intervención concreta para el Programa de ácido Valproico

- Antes de instaurar el tratamiento farmacológico se pedirá: hemograma completo, pruebas de función hepática y renal.

- E.C.G. al inicio en personas mayores de 40 años o con enfermedad cardíaca subyacente.
- Se tomarán las constantes vitales (T/A, pulso, peso)
- Analizar los niveles plasmáticos por la mañana antes de administrar la primera dosis del día.
- Una vez instaurado el tratamiento se hará el hemograma mensual, los seis primeros meses y después semestral o anual con carácter indefinido.
- En las pruebas de función hepática se harán los controles al mes y luego cada tres meses, el primer semestre; posteriormente, cada semestre. Si las transaminasas se duplican informar al médico.
- Con respecto a la función renal los controles se harán cada 6 meses.
- E.C.G. / anual en pacientes mayores de 40 años o cuando este clínicamente indicado.
- E.E.G. / puede ser útil como referente basal y evolutivo.

Todas estas pruebas pueden ser modificadas cuando este clínicamente indicado.

Instrucciones al paciente

- Los pacientes ancianos son más sensibles a los efectos secundarios, por esto no se valorarán los mismos niveles terapéuticos.
- El ácido valproico se debe tomar preferentemente con las comidas si no lleva recubrimiento entérico.
- Vigilar si aparecen hematomas, hemorragias (por alteración hematológica, principalmente trombopenia) y ponerlo en conocimiento del enfermero.
- Informar al paciente de posibles alteraciones adversas al inicio del tratamiento sobre todo entre la 2ª y 10ª semana (anorexia, vómitos de repetición, astenia, fiebre, abatimiento etc.)
- Otras reacciones adversas: Fotosensibilidad, eritema, estreñimiento o diarrea, temblor, cefalea etc.
- Informarle de la realización de las pruebas analíticas.

Niveles:

Niveles terapéuticos de 50-100 ug/ml

Algunas interacciones medicamentosas: ácido acetilsalicílico, algunos anticoagulantes, antipsicóticos, antidepresivos y antiepilépticos, pueden incrementar o disminuir los niveles del valproato.

Detectar el estado emocional del paciente, pueden aparecer alteraciones en:

- Cumplimiento del tratamiento.
- De sus actividades cotidianas.
- Nutricional
- Sueño y descanso
- Autopercepción y autoestima
- Relaciones y comunicación
- Sexualidad
- Concentración y memoria

- Su conducta.

Frecuencia:

Depende de la estabilidad del paciente.

Tiempo requerido

Con la Valoración y Plan de cuidados : 40 minutos

Seguimiento: 20 minutos

Medicación : 15 minutos

Seguimiento/ Evaluación

- Relación terapéutica para que vaya conociendo su enfermedad y su tratamiento.
- Detectar su estado emocional.
- Pacientes compensados, la revisión puede ser trimestral.
- Si no acudiese a las citas tratar de ponerse en contacto con el usuario.

Criterios de alta

- Finalización del tratamiento con ácido valproico
- Abandono del tratamiento
- Otros...

9. BIBLIOGRAFIA

- Ackley, BJ, Lading, G B. (2007). *Manual de diagnósticos de Enfermería. Guía para La Planificación de cuidados*. 7ª Edición. Madrid: Elsevier.
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4ª Ed.). Washington, DC, EE.UU.: Autor.
- Bermudez, J. (2003). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- Bobes J, Bousoño M, López JL, Saiz P. (2002). *Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Síntesis.
- Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (5ª ed). Madrid: Mosby.
- Chinchilla A. y cols. (2011). *Breviario de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Ed Elsevier-Masson.
- Colomer A J y cols. *Guía de cuidados enfermeros en salud mental de Aragon*. Servicio Aragonés de Salud.
- Fornés J, Carballal Mª C. (2001). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Fornés J. (2007). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. (2ª Edición). Madrid: Panamericana.
- Hales R, Yudofsky S, Gabbard G. (2009). *Tratado de Psiquiatría Clínica*. (5ª Edición) Barcelona: Elsevier Masson.
- Johnson M, Moorhead S; Bulechek G, McCloskey Dochterman J, Maas M, Swanson E, Butcher H. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. (2ª edición). Madrid: Elsevier.
- Kaplan, H; Sadock, B .J. (1998). *Sinopsis de Psiquiatría*.(8ª edición). México: Editorial Panamericana.
- Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- Lingjaerd O, Ahlfors U, Bech P, Dencker S, Elgen K.(1987). The UKU side effect rating scale. *Acta Psychiatr Scand*; 76 (s334): 1-100.
- Luis Rodrigo, M T. (1997). *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica* (8ª ed.). Barcelona: Masson.
- Marcos, V. (2008). *Planes de Cuidados Enfermeros en SM*. SES (Junta de estremadura)
- Marriner Tomey, A. (2009). *Guía de gestión y dirección de Enfermería*. (8ª Edición). España: Elsevier
- McCloskey J, Bulechek G M, Moorhead S, Johnson M, Meridean M, Butcher H, Swanson E.(2007). *NANDA, NIC y NOC, Interrelaciones*.(2ª Edición). Ed. Elsevier Mosby.

- McCloskey J, Bulechek GM. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (4ª Edición). Madrid: Elsevier España S.A.
- Mejías- Lizancos, F y Serrano, M. D. (2002). *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. (2ª Edición). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). *Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería*. Consejo General de Enfermería.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. (4ª edición). Madrid: Mosby.
- Moorhead S, Johnson M, Meridean M. (2005). *Clasificación de Resultados de enfermería (NOC)*. (3ª Edición). Madrid: Elsevier S.A.
- Mora JR. (3003). *Guía metodológica para la gestión clínica por procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería* (Versión electrónica) Recuperado 12 diciembre 2011 de <http://ediciones.diazdesantos.es/libros/mora-Martínez-jose-ramón-guia-metodológica-para-la-gestión-clínica-por-procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería>
- Muney, M. (2011). *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos*. Nanda Internacional. Editorial: Elsevier-Masson.
- NANDA International (2010). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. (4ª edición). Madrid: Elsevier.
- Real Decreto 1231/2001, 8 de noviembre. Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.
- Rebraca, L. (2007). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos*. (6ª Edición). Ed. Mc. Graw-Hill-Interamericana.
- Rigol A, Ugalde M. (2006). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. (2ª Edición). Barcelona: Elsevier Masson.
- Sánchez, A.; Ramos, E., Marset, P. (2000). Paradigma y modelos en educación para la salud. En Mazarrasa, L. y otros: *Salud Pública y enfermería comunitaria*. Biblioteca de Enfermería profesional. Vol. 1.
- Tejedor M J, Etxabe P. (2007). *Guía de informes de Enfermería en salud mental*. Barcelona: Glosa L.
- Vallejo, J. (1991). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. (3ª Edición). Barcelona: Salvat.
- Vallejo, J. (2010). *Tratado de Psiquiatría*. (2ª Ed.). Barcelona: Ars Medica.



COMISION CONSULTIVA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Madrid, 2012



Servicio Madrileño de Salud

Oficina Regional
de Coordinación de Salud Mental

